FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° 212

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Avril 1907, à 1 heure

Par M. ALEXANDRE GUYOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
(Médaille des Épidémies)

Né à Noyon (Oise), le 6 Janvier 1878.

LA QUESTION

DES

MALADIES PROFESSIONNELLES

Président : M. THOINOT, *Professeur.*

Juges : MM. CORNIL, ROGER, *Professeurs.*
JEANSELME, *Agrégé.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. N ..
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BALTHAZARD	DUVAL.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	FAURE.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA (André).	JEANSELME.	MERY.	
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
CUNEO.	LAUNOIS.	PROUST.	
DEMELIN.	LEGRY.	RENON.	
DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES GRAND'MÈRES

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur THOINOT

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'hôpital Laënnec.

Au début de notre thèse nous sommes heureux d'adresser nos sincères remercîments à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui ont contribué à notre instruction et à notre éducation médicales.

Nous adresserons tout spécialement ces remercîments à M le Docteur H. Huchard et à M. le Prof[r] Gilbert, qui ont été nos premiers maîtres.

Nous les adresserons ensuite à tous ceux qui ont bien voulu nous recevoir comme externe dans leur service : à MM. Lucas-Championnière, Brocq, Josias ; à M. le Prof[r] agrégé Launois, chez qui nous avons passé une année si agréable en même temps que si profitable pour notre instruction ; à M. le Prof[r] Albert Robin ; à MM. les Prof[rs] agrégés Brindeau et Bar, et tout spécialement enfin à ceux qui ont été nos maîtres en Psychiatrie et en Médecine légale ; à M. le Prof[r] Joffroy, M le Prof[r] agrégé Dupré ; à MM. les chefs de clinique Vrupas et Jaquelier ; à M. Ogier, directeur du Laboratoire de toxicologie ; à MM. Vibert et Descourt et à M. le Prof[r] Thoinot surtout, qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse.

Nous remercierons aussi tout particulièrement MM. Ollive et Le Meignen, de Nantes, et M. le Prof[r] Zängger, de Zurich, qui ont bien voulu nous envoyer les renseignements dont nous avions besoin.

LA QUESTION
DES MALADIES PROFESSIONNELLES

AVANT-PROPOS

La loi du 9 avril 1898, se substituant au droit commun des articles 1382 et suivants du Code civil, dont, à vrai dire, la jurisprudence avait singulièrement élargi la portée, a organisé en France un système de réparation des accidents survenus aux ouvriers dans leur travail.

Elle a consacré un principe nouveau : celui du risque professionnel. Les accidents survenus aux ouvriers dans leur travail sont considérés comme faisant partie des « frais généraux » de l'industrie qu'exerce le patron et la responsabilité doit en être supportée par lui.

Mais, la loi du 9 avril 1898, s'attachant exclusivement aux accidents, a laissé de côté une question intéressante : nous voulons parler de la réparation des maladies d'origine professionnelle. La liste des maladies professionnelles est cependant fort longue, et leurs conséquences sont souvent autrement graves pour les ouvriers que celles qui peuvent résulter des accidents proprement dits.

En ce qui concerne l'intoxication saturnine, qui est une des plus fréquentes et des plus graves maladies professionnelles, la liste présentée par le Conseil fédéral suisse contient trente manifestations morbides différentes.

Il suffit, d'autre part, de connaître l'énorme quantité des ouvriers employés dans les industries, où l'on emploie Pb, Hg, As et leurs composés ; de penser au nombre considérable de ceux qui sont exposés à des vapeurs ou à des gaz vénéneux ou caustiques, ou qui manipulent des essences toxiques (benzine, etc.) pour se faire une idée de la complexité des maladies professionnelles dans leurs manifestations et du nombre de ceux qui peuvent en être victimes. En effet, le rapport français sur le degré d'insalubrité des industries qui fabriquent ou emploient des couleurs de Pb, présenté à la deuxième Assemblée générale du Comité de l'Association internationale pour la protection légale des travailleurs, tenu à Cologne les 26 et 27 septembre 1902, relève l'énorme usage qui est fait du Pb et de ses composés dans les industries les plus variées et constate que dans 129,384 établissements divers, 1,384,381 personnes sont exposées aux dangers d'empoisonnement par le Pb.

« Toujours plus nombreux, dit Lewin, apparaissent les modes d'utilisation des substances minérales ou organiques dont une grande partie doivent être qualifiées de toxiques, et constamment de nouvelles, d'un emploi pratique, sont créées par l'industrie chimique. C'est pourquoi aussi on voit s'agrandir sans cesse le cercle des individus produisant ces poisons et de ceux les travaillant et s'accroître par là même la possibilité d'un affaiblissement considérable des énergies populaires. »

Les virus de la variole et du charbon, les poussières à pneumonie, les dermatoses professionnelles allongent encore la liste des industries qui peuvent leur donner naissance.

Nous trouvons dans le *Bulletin de l'Office du Travail* que, lors du dernier dénombrement général de la popu-

lation ouvrière fait le 20 mars 1896, 247,037 individus étaient exposés au charbon industriel. De la nomenclature fournie par Layet et de la statistique professionnelle fournie ci-dessus, on peut aussi retenir que 41,663 ouvriers appartenant aux professions suivantes : mégissiers, tanneurs, criniers, trieurs et peigneurs de laine, aplatisseurs de corne étaient surtout exposés à l'infection.

Sous le régime antérieur à la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier invalide, blessé ou malade, ne pouvait obtenir réparation qu'en s'appuyant sur les dispositions de droit commun du Code civil (art. 1382 et suivants).

Ce régime, s'appliquant à toutes les actions en réparation, quelle que fût la nature du dommage et quelles que fussent les personnes en cause, il n'y avait pas lieu de distinguer juridiquement les invalidités suivant leur origine professionnelle ou non ou suivant leur nature : accident ou maladie.

Mais la loi du 9 avril 1898 a créé en faveur des ouvriers employés dans les entreprises énumérées dans son article 1er un régime nouveau pour la réparation *de certaines* invalidités qu'elle désigne sous le nom d' « accidents » survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Il résulte des travaux préparatoires, des circulaires ministérielles et de la jurisprudence, que par le mot « accident » il faut entendre « le résultat d'une action extérieure et soudaine ». Les maladies professionnelles sont donc exclues, par le fait même, de la loi du 9 avril 1898.

Comme nous le disions au début de notre étude, la jurisprudence a notablement élargi le sens du mot « accident. »

Certaines « maladies » au sens courant du mot, doivent être maintenant considérées comme accidents du travail.

au sens de la législation actuelle. Sur certains points cependant, ainsi que le fait remarquer M. le Dr J.-P. Langlois, « la jurisprudence française présente encore, en ce qui concerne la responsabilité patronale, vis-à-vis des ouvriers atteints d'accidents charbonneux, en particulier, une incohérence remarquable. »

Sous la réserve que nous venons de faire, il n'y a pas actuellement de réparation possible, sinon en droit (art. 1382 et suiv. du C. civ.) pour les maladies professionnelles, du moins pratiquement. « Des milliers de travailleurs sont, dit Lewin, dans une triste situation, dans les industries toxiques, lorsque la direction n'y est pas intelligente et humaine, car, autrement, l'ouvrier qui manie les poisons vend pour peu de chose, maint bonheur et maintes années de son existence. Le prix n'est en aucun rapport avec la mise. Un ouvrier de n'importe quel autre genre perd-il un œil, on évalue la capacité du travail perdue de ce fait et on attribue une rente à la victime, tandis que l'ouvrier devenu aveugle en travaillant le plomb, ne possède, selon les conceptions actuelles, aucun droit à une rente. »

Il existe donc, entre ces deux victimes du travail, une inégalité choquante et qui ne saurait subsister dans une société réellement organisée sur les bases de la justice.

Étudier les circonstances dans lesquelles le législateur a été amené à cette solution qu'il a adoptée, les différents systèmes organisés à l'étranger et les différentes solutions qu'on a proposées en France, tel sera l'objet de notre travail.

Les moyens proposés pour réaliser la réparation des maladies professionnelles se ramènent en somme à deux systèmes principaux :

Le premier consiste dans l'assimilation des maladies

professionnelles aux accidents du travail. C'est l'extension du risque professionnel à la maladie ;

Le second mode de réparation auquel se rapporte le projet de loi déposé par le Ministre du Commerce le 16 mai 1905 repose sur une autre conception : celle de l'assurance obligatoire.

CHAPITRE PREMIER

Limitation du risque professionnel aux accidents du travail. — Exclusion des maladies professionnelles de la loi de 1898.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898, les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef de l'entreprise.

On trouve dans les travaux préparatoires de la loi du 9 avril 1898, qu'il a été déclaré à plusieurs reprises que l'accident était un évènement extérieur, soudain, violent. « Ce qui caractérise l'accident, c'est l'évènement soudain et violent (Léon Bourgeois). » Une circulaire du Garde des Sceaux, en date du 10 juin 1899, dit :

« L'accident, tel qu'il faut l'entendre, dans cette matière, consiste dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une lésion extérieure. « Définition incomplète, ainsi que l'a fait remarquer M. le Pr Thoinot, puisqu'elle ne comprend pas les traumatismes psychiques, les névroses consécutives à une explosion, un ébranlement sans lésions corporelles ; aussi a-t-il proposé une définition plus extensive :

Par accident du travail, il faut entendre : « toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble nerveux psychique (avec ou sans lésion concomitante) résultant de l'action soudaine d'une violence

extérieure, intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail, et toute lésion déterminée au cours du travail. »

Au Congrès international médical des accidents du travail, qui s'est tenu à Liège du 22 mai au 2 juin 1905, M. le Dr Thiébault a tenté d'établir une définition exacte, générale et universelle de l'accident, définition qui soit surtout applicable à toutes les législations. Il passe en revue toutes celles qui ont été données par les différents auteurs qui se sont occupés de la question, et après une longue discussion de ces travaux, il conclut :

« 1° Toute perturbation primitive de l'organisme, qui, par le fait du travail ou à l'occasion du travail, est produite par une cause extérieure quelconque d'ordre mécanique, physique au chimique, dont l'action ne se répète pas, détermine au point de vue médico-légal un accident du travail ;

« 2° Toute perturbation..., etc..., dont l'action se répète, détermine une maladie professionnelle.

La conséquence immédiate de ces définitions de l'accident est l'exclusion de tout dommage subi par l'ouvrier à l'occasion du travail, mais par l'action d'une cause continue, lente.

C'est là précisément le cas des maladies professionnelles engendrées par le service seul de la profession.

La distinction entre l'accident et la maladie a été faite plusieurs fois au cours des débats qui ont précédé le vote de la loi. M. Henry Boucher, Ministre du Commerce, disait : « Je suppose que dans une usine où l'on emploie des matières toxiques, un ouvrier se trouve avoir absorbé accidentellement une substance toxique ou avoir été atteint par une éclaboussure d'acide ou de toute autre substance qui ait déterminé la mort ou une incapacité de travail ;

le caractère accidentel de l'évènement apparaît nettement et ne saurait être confondu avec un empoisonnement lent, avec une diathèse résultant de la pratique normale de la profession ». Dans la même séance, M. L. Bourgeois donnait la définition que nous avons rapportée plus haut.

Mais la distinction entre l'accident et la maladie qui paraît bien tranchée est, dans la pratique, bien difficile à appliquer et beaucoup moins nette qu'elle ne le paraissait d'abord.

L'étude de la jurisprudence montre, en effet, la contradiction la plus manifeste entre les décisions judiciaires rendues par les différentes Cours d'appel.

C'est ainsi que l'on voit certains états pathologiques considérés comme maladies ou, au contraire, comme accidents, suivant que le même état pathologique est apparu peu à peu sous l'influence de causes nocives, successives, prolongées, ou qu'il s'est manifesté soudainement sous l'influence d'une cause extérieure, saisissable.

On n'a pas hésité à ranger dans la catégorie des accidents du travail :

1° Les maladies de nature syphilitique, lorsqu'elles sont déterminées par un traumatisme consécutif à un accident (Justice de paix de Lyon, 4 juillet 1902 ; Tribunal civil de Lyon, 7 août 1902) ; ou bien lorsque, comme dans les opérations du soufflage du verre, « c'est l'instrument du travail qui a été pour l'ouvrier l'agent de propagation du virus » (Tribunal de Montbrison, 21 février 1903) ;

2° L'intoxication éthylique, lorsque « l'accident, l'ébranlement physique et moral qu'il a occasionné, l'inaction à laquelle il a condamné la victime, ont été la cause des manifestations de l'intoxication » (Cour de Paris, 7 nov. 1902) ;

3° L'inoculation charbonneuse, s'il s'agit de « pustule due à une inoculation accidentelle » (Tribunal de Rennes, 8 mars 1901 ; Cour de Rennes, 13 janvier 1902) ; c'est-à-dire l'infection contractée en manipulant des peaux contaminées dans l'usine du patron » (Cour de cassation, 3 nov. 1903) ;

4° L'intoxication saturnine, lorsqu'elle a été « brusque » et que la victime « a soudainement été intoxiquée par les émanations méphitiques et nocives des vapeurs » (Tribunal de Vienne, 23 janvier 1903).....

« Ainsi, dit le Dr Guilhaud, si la jurisprudence venait à s'établir définitivement dans ce sens, la loi de 98 sur les accidents du travail s'appliquerait également à des maladies professionnelles, qui, par la rapidité de leur manifestation et la production de leurs effets désastreux, pourraient être assimilées aux causes violentes que la loi vise comme l'élément essentiel et nécessaire de l'accident. » Mais ces décisions constituent des exceptions et, l'exclusion est formelle, sinon dans le texte même de la loi, du moins dans les rapports des commissions parlementaires et dans les discussions qui précédèrent le vote de la loi du 9 avril 1898.

Les différentes circulaires ministérielles provoquées par la mise en vigueur de cette loi ne laissent aucun doute à ce sujet. La circulaire du Garde des Sceaux du 10 juin 1899 dit :

« L'accident, tel qu'il faut l'entendre dans notre matière, consiste dans une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

« La loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable, telle que l'air vicié des locaux où s'effectue le travail, la manipulation des substances vénéneuses, l'absorption de poussières nuisibles à sa santé. »

Le Ministre du Commerce, dans sa circulaire du 25 août 1899, relative à l'application de la loi du 9 avril 1898, déclare que, « limitée pour le moment à l'industrie, la loi est également restreinte aux accidents proprement dits, conséquence immédiate ou prochaine d'un évènement soudain ; elle ne s'étend pas aux maladies professionnelles qu'entraîne l'exercice prolongé de certaines professions insalubres. » Et il ajoutait : « La distinction non douteuse en théorie ne laissera pas d'être souvent fort délicate dans la pratique. Ce sera une question d'espèce. »

Cette exclusion des maladies professionnelles a été maintes fois critiquée et récemment encore M. le Dr J.-P. Langlois s'exprimait ainsi : « La loi de 1898 constitue donc un pas considérable dans l'œuvre de prévoyance et de solidarité sociale, mais elle ne peut être considérée que comme un essai dans cette voie, et elle doit être complétée par l'extension de mesures tutélaires à toutes les victimes des risques professionnels. »

La question de l'extension de la théorie du risque professionnel aux maladies professionnelles remonte, en réalité, à l'année 1888. M. Camille Raspail, dans la séance de la Chambre des députés du 18 juin 1888, s'exprimait ainsi : « Il en existe un grand nombre qui sont plus à plaindre que les travailleurs des grandes manufactures, il citait en particulier les ouvriers du plomb et du phosphore.

Le 3 juin 1893, M. Fairé propose qu'on assimile aux accidents « l'incapacité de travail ou le décès causés par les maladies professionnelles. » Le président de la Commission spéciale, M. Paul Guieysse, lui répondait en lui promettant une loi « qui viserait les cas pathologiques constituant les maladies professionnelles. »

Le 28 octobre 1897, M. Goujon propose d'ajouter au texte législatif sur les accidents à la suite de « matières

explosibles » les mots « ou toxiques. » Mais, d'accord avec le Ministre du Commerce et M. Léon Bourgeois, il prend soin d'établir une distinction entre « l'intoxication amenant un accident » et « une intoxication lente causant une maladie. »

La loi vit enfin le jour le 9 avril 1898.

Quelles sont donc les raisons qui décidèrent le Parlement à refuser cette assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail ? La préoccupation constante du législateur fut de circonscrire la sphère d'application de la législation initiale sur le « risque professionnel » aux accidents du travail, afin de faire voter une loi qui rencontrait de vives oppositions. M. Félix Martin avait dit, en effet, au Sénat, en 1896, « qu'on ne légiférerait qu'après coup sur les conséquences du travail insalubre. » Telles furent les raisons majeures de l'exclusion des maladies professionnelles de la loi du 9 avril 1898.

CHAPITRE II

Propositions d'assimilation faites après la loi du 9 avril 1898.

La loi promulguée et mise en application, le Parlement fut bientôt saisi de nombreuses propositions de loi tendant à la modifier. Dans une séance de la Chambre du 3 juin 1901, au cours d'une discussion sur certaines modifications à apporter à la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, M. Vaillant proposa l'amendement suivant :

« Les maladies professionnelles sont comprises dans les accidents du travail et visées comme telles par la présente loi. La tuberculose de l'ouvrier et de l'employé est considérée comme une maladie professionnelle. »

Cette motion fut repoussée, elle visait à garantir l'ouvrier contre toutes les invalidités dont il court le risque. M. Mirman, rapporteur, reconnaissait cependant qu'il y avait « une étude sérieuse à faire » et demandait à cet effet le renvoi à la commission, en ajoutant : « Je suis convaincu que dans l'avenir le plus prochain possible, il sera indispensable d'étendre sous une forme indéterminée l'assurance contre les accidents du travail à un certain nombre de maladies professionnelles nettement caractérisées comme telles », mais il doutait qu'on pût assimiler la tuberculose aux maladies professionnelles. « S'il est possible, disait-il, de rendre le chef d'entreprise responsable de l'accident du travail arrivé dans son usine ou dans son atelier, il est

clair que sa responsabilité ne peut être définie de la même façon quand il s'agit d'une maladie professionnelle contractée par un ouvrier et qui s'est developpée dans les différents ateliers similaires où il est passé. Il y a donc là toute une organisation corporative qui ne peut être évidemment improvisée. »

En décembre 1901, M. J.-L. Breton déposait une proposition dont voici le texte :

Article 1er. — Les maladies d'origine professionnelle sont assimilées aux accidents du travail visés par la loi du 9 avril 1898.

Art. 2. — Sont considérés comme maladies professionnelles les empoisonnements aigus ou chroniques, résultant de la fabrication ou de l'emploi des substances toxiques suivantes :

1° Pb et ses composés ;
2° Hg et ses composés ;
3° As et ses composés ;
4° Cyanogène et ses composés ;
5° Phosphore ;
6° Sulfure de carbone ;
7° Nicotine ;
8° Benzine, nitro-benzine, aniline, pétrole, goudron, essence de térébenthine, vaniline, essences odorantes, esprit de bois, acide picrique ;
9° Gaz irrespirables et vénéneux ; acide sulfureux, acide hypooxteux, acide azoteux et vapeurs d'acide azotique, acide chlorhydrique, chlore, brome, iode, acide fluorhydrique, acide carbonique, acide sulfhydrique, oxyde de carbone.
10° Virus de la variole, du charbon, de la morve ;
11° Poussières diverses.

Art. 3. — Des décrets rendus, après avis du Comité consultatif des arts et manufactures et du Comité d'hygiène publique de France, au fur et à mesure des nécessités constatées, pourront étendre la liste de ces substances toxiques dont l'usage provoque des maladies professionnelles.

A la suite de cette proposition, et sur un avis de la Chambre, le Ministre du Commerce saisit successivement

les Commissions d'hygiène industrielle et d'assurances et les chargea de dresser : 1° la liste des maladies professionnelles et 2° la liste des professions correspondantes. Les travaux de la Commission, aujourd'hui terminés, ont été condensés en dix rapports successivement adoptés au cours de douze séances de discussion. Ces rapports ont trait aux maladies causées par le plomb, le mercure, l'arsenic et leurs composés, le sulfure de carbone, la benzine, la nitrobenzine, l'aniline et les essences diverses, l'hydrogène sulfuré, les vapeurs et les gaz vénéneux ou caustiques, les virus de la variole et du charbon, les poussières à pneumonies et les dermatoses d'origine professionnelle. Ils ont été condensés par M. Leclerc de Pulligny, dans un rapport général qui sert de conclusion à la Commission d'hygiène industrielle.

La Commission a écarté les maladies causées par le phosphore et la nicotine, non pas que ces substances soient moins dangereuses que les autres, mais parce que, en France, les industries qui les emploient s'exercent uniquement dans les ateliers de l'État qui a toujours accordé libéralement les soins médicaux et les indemnités à son personnel en cas de maladie, quelle que soit son origine. Ces maladies auraient d'ailleurs totalement disparu des ateliers de l'État depuis 1898, époque où l'on a commencé à employer le procédé en usage actuellement pour la fabrication des allumettes. Quant à l'industrie et la fabrication du phosphore, elle s'exerce dans deux usines privées où aucune intoxication n'aurait été relevée depuis longtemps. Enfin, aucune application notable du phosphore n'existe en dehors de la fabrication des allumettes.

Fidèle au principe qui avait déjà été en honneur en 1898, la Commission a décidé de limiter la question et de

ne s'occuper que « des grands poisons industriels. » Pour les mêmes raisons, elle a laissé de côté les maladies professionnelles autres que les intoxications. La Commission d'hygiène a imité, en cela, la seule loi étrangère qui vise l'assimilation des maladies avec les accidents, la loi suisse de 1877. Cependant, malgré son désir de limiter la question, la Commission a dû englober dans sa liste certains virus, les pneumokonioses, et enfin les dermatoses.

Chacun de ces rapports a envisagé la question à un quadruple point de vue :

1° Diagnostic des accidents ;

2° Conséquences des accidents ;

3° Délais de révision et de prescription ;

4° Liste des professions correspondantes.

Dans son rapport général, M. Leclerc de Pulligny commence par constater « que la Commission a reçu un mandat limité aux maladies dont la profession est la cause organique, exclusive ou essentielle. » Elle ignore, par conséquent, ceux qui souffrent d'une maladie ordinaire et qui auraient pu la gagner en exerçant une autre profession ou sans en exercer aucune.

Comme conséquence importante de la limitation de son programme, la Commission fait remarquer que la tuberculose, exclue d'une façon générale de son étude, n'y a été rattachée que dans un cas spécial, celui des pneumokonioses ; mais sur le rapport de M. le Dr Courtois-Suffit, la Commission a émis l'avis :

1° « Que les pneumokonioses présentent le caractère de maladies spéciales à des industries déterminées ;

2° « Que dans ces industries les chances d'infection tuberculeuses sont telles, que la tuberculose doit être considérée comme étant une maladie professionnelle. »

Observant ensuite que les intoxications qui se produisent

« à doses massives et presque foudroyantes » ont tous les caractères d'un évènement soudain et violent, c'est-à-dire d'un véritable accident du travail, et que la réparation peut en être poursuivie d'après les principes de la loi de 1898, ainsi que les tribunaux l'ont déjà admis à plusieurs reprises, la Commission a donc laissé de côté ces intoxications massives classées maintenant parmi les accidents du travail.

M. Leclerc de Pulligny conclut ensuite qu'il résulte des discussions de la Commission « qu'il y a lieu de faire une distinction théorique entre les maladies aiguës et les maladies chroniques professionnelles. » Les premières sont faciles à reconnaître et pourraient être déclarées dans un très court délai.

Les dernières, dont le diagnostic est beaucoup plus délicat « ne sauraient, dans la plupart des cas, faire l'objet d'une déclaration immédiate. » La Commission a estimé cependant que, dans la pratique, cette distinction ne saurait être admise et, en se basant sur les cas les plus difficiles, elle a fixé à trois mois, à compter du jour où a commencé l'incapacité de travail, le délai dans lequel la maladie professionnelle devait être déclarée.

D'autre part, la Commission déclare que la prédisposition aux manifestations d'une maladie d'une origine professionnelle peut résulter d'une faiblesse personnelle ou d'accidents antérieurs dans un autre atelier, mais que cependant la responsabilité du patron ne peut être écartée.

Elle conclut enfin à la nécessité de créer dans chaque usine un registre sanitaire sur lequel serait consignée l'histoire pathologique de l'ouvrier.

La Commission ayant terminé sa tâche scientifique, les rapports furent remis, en un fascicule spécial, par les

soins de la Direction du travail et distribués au Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail.

Ce Comité, composé de jurisconsultes et d'actuaires, chargé des études législatives et d'utiliser les conclusions d'ordre technique présentées par la Commission d'hygiène industrielle, en vue de l'élaboration d'un projet de loi sur la réparation des maladies professionnelles, a été saisie de la question, en vertu d'une décision du 17 décembre 1903.

Dans la séance du 12 mars 1904, M. Paulet présenta au Comité consultatif un rapport préparatoire. Après avoir examiné la question au point de vue historique, M. Paulet note que certaines intoxications sont dès maintenant assimilées aux accidents du travail et que la jurisprudence s'est établie en ce sens. Il examine ensuite la question au point de vue des solutions qu'elle a reçues à l'étranger et, après avoir cité les conclusions présentées par la Commission d'hygiène industrielle, il s'exprime ainsi :

« Une première et double constatation s'impose : il est impossible de tenter, pour les maladies professionnelles, une législation complètement différente de la législation appliquée aux accidents du travail, les rapports entre la maladie et les accidents étant trop étroits pour qu'il n'y ait pas un intérêt évident à laisser ces deux manifestations du risque professionnel sous l'empire des mêmes principes et, pour autant que les faits s'y plient, des mêmes formalités ; mais il n'est pas moins impossible d'appliquer purement et simplement la législation des accidents aux maladies professionnelles à raison des différences profondes qui les séparent quant à la constatation de leur origine, aux phases de leur survenance et à la détermination des responsabilités qu'elles entraînent. » D'après le Comité consultatif, il faut donc adopter un système qui, tout en s'inspirant le plus possible de la loi du 9 avril 1898, puisse

permettre cependant de parer aux difficultés spéciales suscitées par la nature même du risque.

Entre temps, pour écarter certains obstacles à la réparation des maladies professionnelles, résultant de sa première proposition, M. Breton avait déposé à la Chambre des députés, le 3 juillet 1903, une nouvelle proposition de loi. Cette proposition de M. Breton, étend considérablement la présomption légale. Dans un tableau, la loi détermine quels sont les états morbides qui peuvent résulter de certaines professions.

ART. 1er. — « Les maladies d'origine professionnelle sont assimilées aux accidents du travail visés par la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 12 mars 1902.

ART. 2. — « Sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques mentionnées au tableau annexé par la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers travaillant dans les usines correspondantes au dit tableau. »

Ce tableau comprend neuf titres :

1° Le saturnisme professionnel ;

2° L'hydrargyrisme professionnel ;

3° L'arsenicisme professionnel ;

4° Le sulfocarbonisme professionnel ;

5° L'hydrocarburisme professionnel ;

6° La septicémie professionnelle ;

7° Les pneumokonioses professionnelles (tuberculose) ;

8° Les maladies causées par le travail dans l'air comprimé ;

9° L'ankylostomasie.

Enfin, dans une dixième catégorie, se trouvent rangées vingt et une maladies contagieuses pour lesquelles sept industries sont déclarées susceptibles d'en caractériser l'origine professionnelle. En ce qui concerne le saturnisme professionnel, le tableau comporte trente-cinq industries

susceptibles de provoquer l'intoxication des ouvriers et neuf états pathologiques différents ; en ce qui concerne l'hydrargyrisme professionnel, le tableau prévoit douze industries et quatre maladies....

Le dernier titre se rapporte aux maladies contagieuses au sujet desquelles sept industries et vingt et une maladies sont prévues.

Cette proposition de loi a une portée extrêmement vaste. En effet, pour qu'une personne qui s'occupe, par exemple, du blanchissage du linge ou du cardage des matelas soit considérée comme atteinte d'une maladie professionnelle et indemnisée à ce titre, il lui suffit d'être atteinte d'une des vingt et une maladies prévues au tableau.

M. Breton convient que ce système aura pour conséquence de faire considérer comme professionnelles une quantité de maladies qui ne le sont pas, mais il ajoute « qu'il y a là justement une analogie de situation absolue avec le régime de réparation des accidents du travail proprement dits », car, dit-il « la loi du 9 avril 1898 n'accorde pas à l'ouvrier blessé une indemnité égale au préjudice qui résulte pour lui de l'accident. »

Pour éviter toute difficulté d'application de la loi, le Parlement a adopté le principe d'une indemnité transactionnelle et forfaitaire, réduite pour tous les accidents, qu'elles qu'en soient les circonstances.

S'il y a faute du patron, l'ouvrier reçoit une indemnité inférieure à celle qui lui est dûe, mais en revanche, s'il est victime de son imprudence, il touche néanmoins la même indemnité.

M. Breton pense qu'il en sera de même dans l'application de la loi de 1898 aux maladies professionnelles ; si, dans certains cas, les ouvriers victimes de ces maladies,

reçoivent une indemnité inférieure à celle qui leur serait légitimement dûe, par mesure de compensation ils obtiendront dans d'autres cas, une indemnité supérieure. « Il est matériellement responsable, dit M. Breton, de doser exactement dans chaque cas particulier, la part de responsabilité pouvant incomber à l'employeur et à l'employé, c'est d'ailleurs le seul procédé pratiquement employable. »

Dans un troisième article, M. Breton a cherché a déterminer quel est le patron responsable, lorsque l'ouvrier a passé chez plusieurs employeurs.

ART. 3. — « Lorsqu'un ouvrier quitte une des usines assujetties à la présente loi, son ancien patron demeure responsable des maladies professionnelles correspondant à son industrie, qui peuvent atteindre cet ouvrier, durant un délai spécialement fixé au tableau annexé pour chacune de ses affections.

« Toutefois, cette responsabilité va en décroissant proportionnellement au temps écoulé entre le départ de l'usine et le moment où se réalise l'incapacité du travail résultant de la maladie.

« Si, à ce moment, l'ouvrier travaille dans une autre usine également classée dans les industries correspondant à ladite maladie, son nouveau patron n'est responsable que pour le surplus de l'indemnité fixée par les articles 2 et 4 de la loi du 9 avril 1898.

« Néanmoins, s'il est établi que l'un des patrons a négligé de prendre toutes les précautions indiquées par les règlements concernant l'hygiène des ateliers, ou s'il a commis une faute quelconque ayant pu avoir une répercussion sur la santé de la victime, le tribunal pourra augmenter sa part de responsabilité. »

M. Breton pense ainsi tenir compte des observations médicales, qui ont montré que l'état pathologique peut se produire longtemps après que l'ouvrier est soustrait aux causes d'intoxication ; il ne libère donc pas le patron de toute responsabilité à partir du jour où l'ouvrier quitte son établissement. L'indemnité va en décroissant au fur et à mesure que le temps s'écoule depuis que l'ouvrier a quitté l'usine. Au lendemain de sa sortie, il aura droit à la

totalité de l'indemnité ; six mois après, il n'aura plus droit qu'à la moitié, et au bout de onze mois, il n'aura plus droit qu'au douzième de cette indemnité. Si l'ouvrier est entré dans une autre usine où il est soumis aux mêmes réserves d'intoxication, la responsabilité du précédent employeur reste décroissante, mais celle du nouveau patron va en croissant. M. Breton a donc recours à une sorte d'évaluation forfaitaire pour éviter toute contestation.

Comme on peut le voir, ce projet comprend la réparation de maladies dont on pourra, la plupart du temps, contester le caractère professionnel.

D'autre part, il laisse de côté tous ceux qui, atteints depuis longtemps d'une affection dont l'origine est nettement professionnelle, sont restés plusieurs années sans accidents, puis sont tout à coup frappés à nouveau.

C'est un système auquel nous adressons dès maintenant le reproche qui lui a été fait maintes fois : il est complexe et artificiel et ne pourra que susciter de fréquents procès.

CHAPITRE III

Situation actuelle, en France, des ouvriers victimes de maladies d'origine professionnelles.

Les maladies d'origine professionnelle sont donc régies actuellement par le droit commun des articles 1382 et suivants du Code civil ; c'est-à-dire que, pour obtenir leur réparation, les ouvriers sont obligés de prouver la faute du patron ; mais, dans la réalité, à raison de la difficulté de cette preuve, les ouvriers se décident rarement à actionner les patrons devant les tribunaux. Cependant, la jurisprudence offre déjà plusieurs exemples de condamnations prononcées en faveur des ouvriers. Ainsi que le font remarquer MM. Ollive et Le Meignen, dans leur rapport au Congrès de Liège en 1905, l'ouvrier victime d'une maladie professionnelle n'est pas actuellement désarmé complètement vis-à-vis de son patron. « Toutes les fois qu'il peut prouver la faute de ce dernier, il a un recours en vertu des articles 1382 et suivants de notre Code civil. »

Dans son exposé des motifs, M. Breton relate dramatiquement l'histoire d'un industriel qui intoxiquait ses ouvriers en les faisant travailler au malaxage de la céruse pulvérisée, dans les conditions hygiéniques les plus déplorables. De pareils faits entraînent une double responsabilité civile et pénale. La 5e Chambre du Tribunal civil de la Seine (2 mars 1904) a déclaré que « le fait de ne pas entourer l'ouvrier de toutes les précautions pratiquement réalisables et susceptibles de réduire au minimum les

dangers qui le menacent, constitue une faute suffisante pour entraîner la responsabilité patronale », et a condamné un patron à huit mille francs d'indemnité envers un de ses ouvriers atteint de saturnisme. Dans un jugement antérieur d'une dizaine d'années, le Tribunal de Nantes et la Cour de Rennes avaient condamné un patron qui n'était pourtant coupable que d'avoir ignoré le danger présenté par la manipulation des matières employées (pneumonies à scories).

La tendance de la jurisprudence française est donc bien nette et l'on peut dire que la plus légère négligence du patron entraînera la réparation du dommage causé à son employé. Il est des cas cependant où il est impossible d'incriminer le patron.

Certaines professions sont dangereuses par elle-mêmes et ont pour conséquences presque fatales, des altérations de l'organisme, des maladies professionnelles, sans que l'ouvrier malade puisse intenter une action à son patron avec quelque chance de succès.

M. Paulet fait observer aussi que les Tribunaux « ont pris soin de distinguer suivant les indications non équivoques des travaux préparatoires de la loi, l'accident et la maladie professionnelle, et ils l'ont fait avec une tendance manifeste à étendre la notion d'accident jusqu'à ses extrêmes confins, de façon à ne laisser en dehors que les maladies professionnelles ne s'y rattachant à aucun degré. »

La Cour de cassation a déclaré que la loi de 1898 « ne s'applique pas aux maladies professionnelles auxquelles on saurait assigner une origine et une date déterminées, et qui ne sont guère que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie » ; mais elle est applicable « aux affections pathologiques accidentelles » qui bien que

contractées dans l'accomplissement d'un travail industriel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice du travail. »

Dans l'état actuel de la jurisprudence, les maladies professionnelles, causées, déterminées ou directement aggravées par un accident si léger soit-il, et nous en avons cité des exemples plus haut, rentrent donc dans le domaine de la réparation légale dont sont exclues formellement, au contraire, les affections d'origine imprécise ou successive, ce qui est en réalité le cas des maladies professionnelles au sens strict du mot tel qu'elles ont été définies par la Cour de cassation. De telle sorte que, malgré la tendance signalée par MM. Ollive et Le Meignen, les deux risques : risque-accident et risque-maladie sont encore plus délimités qu'on ne l'aurait cru tout d'abord. Les maladies qui prennent leur origine et leur cause dans un fait, ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice du travail industriel, donnent donc droit à une indemnité, tandis que les maladies qui ne sont que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie ne donnent droit à aucune indemnité.

« Etrange façon de concevoir le risque professionnel, dit M. Breton, dans l'exposé des motifs de sa proposition de loi du 3 juillet 1903 : elle conduit tout simplement, lorsqu'il s'agit de maladies professionnelles, à considérer comme étant du domaine du risque professionnel tout ce qui n'a qu'un rapport plus ou moins lointain avec l'exercice de la profession et en exclure délibérément les conséquences directes et normales de cet exercice même.

« Pour ne devoir aucune indemnité au malheureux qu'il empoisonne, il suffira donc à un patron de rendre son industrie à tel point insalubre et dangereuse que tous les

cas d'intoxication puissent être considérés comme conséquence de l'exercice habituel de son industrie.

« Si, au contraire, toutes les précautions de préservation ouvrière étant prises, un fait accidentel, ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice du travail industriel, provoque l'empoisonnement du travailleur, le patron trop prévoyant devra à ce dernier l'indemnité prévue par la loi de 1898.

« Et pourtant il est certain qu'en traduisant d'une façon aussi paradoxale la loi de 1898 en ce qui concerne les maladies professionnelles, la Cour de cassation n'a fait que préciser son sens juridique. »

Faisons remarquer aussi que, pour bénéficier de la loi de 1898, l'ouvrier atteint d'une des maladies que nous avons citées, et qui sont, maintenant, considérées comme des accidents, doit prouver que l'inoculation s'est produite au cours du travail. Or, cette preuve est toujours difficile à fournir.

Les garanties fournies par ce système aux ouvriers, sont donc absolument insuffisantes et l'on peut dire que, réserve faite de l'interprétation donnée par la jurisprudence de quelques faits isolés et de la situation particulière faite à quelques catégories de travailleurs, nous voulons parler des inscrits maritimes, assurés contre les risques et accidents de leur profession, y compris les maladies professionnelles par la loi du 21 avril 1898, modifiée par la loi du 29 décembre 1905, et des mineurs obligatoirement assurés par la loi du 29 juin 1894 contre les risques de maladies, de vieillesse et d'invalidité, il n'existe pas encore, en France, de réparation organisée pour les maladies d'origine professionnelle.

« Cette question des maladies professionnelles, pourrait-on cependant ajouter, avec MM. Ollive et Le Meignen, est

pourtant de celles qui, depuis un quart de siècle, ont passionné davantage les hygiénistes quels qu'ils soient : hommes d'Etat, médecins, inspecteurs du travail... Les résultats obtenus, quoique appréciables, ne sont pas en rapport avec ce qui a été tenté. »

D'autres pays possèdent, en revanche, une législation plus avancée, sur ce point, que la nôtre. Nous allons exposer successivement les efforts qui ont été faits en Suisse, en Allemagne, en Belgique, en Italie et dans le Grand-Duché de Luxembourg pour arriver au but.

CHAPITRE IV

Le système Suisse

La Suisse est le pays qui s'est le premier préoccupé d'organiser une législation spéciale sur les maladies professionnelles.

Aux termes de la loi fédérale du 23 mars 1877, concernant le travail dans les fabriques, le Conseil fédéral devait désigner « celles des industries dont l'exercice suffit à engendrer certaines maladies graves auxquelles s'étendra la responsabilité prévue pour les accidents. » Le propriétaire d'une fabrique est donc responsable de toutes les lésions occasionnées par l'exploitation de sa fabrique, à moins qu'il ne prouve que l'accident a sa cause dans une force majeure ou dans la faute de la victime. Le patron, en acceptant un ouvrier à son service, s'engage par là même à veiller à sa sécurité et à le rendre sain et sauf à la sortie des ateliers « comme le voiturier est tenu de remettre intact à destination le colis confié à ses soins. »

Une autre loi fédérale du 5 juin 1881, sur la responsabilité civile des fabricants, a rendu le patron « responsable du dommage causé à un employé ou à un ouvrier par une de ces maladies lorsqu'il est constaté qu'elle a exclusivement pour cause l'exploitation de la fabrique. »

En exécution des textes de loi de 1877 et de 1881, le Conseil fédéral a rendu deux arrêtés, le 19 décembre 1887 et le 18 janvier 1901.

L'arrêté du 19 décembre 1887 énumère onze substances toxiques et celui du 18 janvier 1901 en énumère trente-quatre. Il dispose de plus que « les industries désignées comme produisant ou employant les substances en question sont désignées comme suffisant à engendrer certaines maladies graves. »

L'article 2 du décret de 1901 dit que : « dans les cas de maladies graves et nettement déterminées, provoquées d'une manière *certaine et absolue* par l'emploi ou la présence des substances énumérées, les industries désignées à l'article précédent sont soumises à la responsabilité prévue à l'article 3 de la loi du 25 juin 1881 sur la responsabilité civile des fabricants et à l'article 1er de la loi du 26 avril 1887 concernant l'extension de la responsabilité civile. »

Pour obtenir une indemnité, la victime d'une maladie professionnelle est donc tenue de faire la preuve, très difficile à fournir, que sa maladie a été provoquée d'une manière « certaine et absolue » par l'emploi des substances énumérées dans le décret. La portée de cette loi qui repose sur la responsabilité civile est donc limitée.

De plus, la liste des maladies professionnelles adoptée ne comporte ni les pneumoconioses, ni les dermatoses.

M. Leclerc de Pulligny dans son rapport, a constaté que « la réparation des dommages ainsi limitée fonctionne en Suisse sans avoir soulevé aucune difficulté et sans que le contentieux relatif à cette réparation se distingue de celui qui se rapporte aux accidents du travail. »

C'est qu'en réalité, ces limitations ont affaibli l'action de la loi au point de l'annihiler presque complètement. En 1897, au Congrès de Bruxelles, M. Numa Droz, ancien président de la Confédération, reconnaissait, en effet, que « cette disposition est passablement restée lettre morte. »

M. Ziel, ancien directeur du secrétariat ouvrier de Genève, dit aussi : « Mon expérience de quatre années me permet de dire que rien n'est plus compliqué que la preuve de la maladie professionnelle ; ces procès dans lesquels l'ouvrier doit faire la preuve durent une éternité et le plus souvent sont perdus par lui. »

D'autre part, l'examen des tableaux fournis par les inspecteurs fédéraux des fabriques montre le petit nombre de maladies professionnelles déclarées officiellement. On voit, en effet, que sur 24,041 accidents déclarés, il n'existe que 53 cas de maladies professionnelles, chiffre évidemment trop faible.

Cependant, cette législation paraît avoir eu, à un autre point de vue, une heureuse influence sur les patrons. Elle a éveillé l'attention des chefs d'entreprise sur les dangers que présentent les industries insalubres pour les ouvriers et les ont disposés « à accepter et même à devancer les suggestions de l'inspecteur du travail en matière d'hygiène ». Les patrons, se trouvant eux-mêmes intéressés à ne pas avoir de maladies sérieuses à indemniser, des établissements ont organisé des visites de médecin de manière à ce que les malades puissent être soignés.

CHAPITRE V

Les maladies professionnelles en Allemagne

En Allemagne, les maladies professionnelles ne font pas l'objet de dispositions spéciales : elles sont comprises dans l'assurance-maladie qui fonctionne depuis 1883.

On sait que l'Empire allemand possède actuellement trois institutions de prévoyance sociale :

L'assurance contre la maladie, organisée par la loi du 15 juin 1883 et confiée aux caisses de maladie (Krankenkassen) ;

L'assurance contre les accidents, régie par la loi du 6 juillet 1884 et réalisée par des associations professionnelles d'assurance corporative (Berufsgenossenchafsen) ;

Enfin l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse réalisées par des établissements régionaux, sous la surveillance générale de l'Etat (Versicherungsanstalten).

Toutes ces assurances ont pour but commun de garantir l'ouvrier contre les conséquences de l'absence de travail, de couvrir les *risques* inhérents à son état physique afin d'empêcher que la privation du salaire quotidien ne le réduise, avec sa famille, à la misère.

L'assurance contre la maladie en particulier, protège l'ouvrier contre un risque spécialement grave en raison de sa fréquence : elle procure au malade, en temps opportun, les soins médicaux et pharmaceutiques que nécessite son état ainsi que les ressources indispensables à son entretien.

La réparation des maladies professionnelles échappe donc à la législation sur les accidents. L'office impérial allemand des assurances a défini l'accident « un évènement de pro-

duction soudaine, se réalisant isolément, déterminé dans le temps, s'accomplissant dans une durée relativement courte, et lié au fait du travail. » En conséquence, il a écarté « l'intoxication par le Pb survenue dans l'intervalle d'une quinzaine de jours ou d'autres intoxications chimiques survenues dans un intervalle de quatre jours » faute d'un événement susceptible d'être suffisamment limité dans le temps.

D'après ce qui précède, l'ouvrier victime d'un accident industriel (accident du travail), a droit aux secours que fournit l'assurance contre la mortalité. D'autre part, cet ouvrier a droit aux secours que fournit l'assurance contre les accidents.

Comment le législateur a-t-il réglé les rapports entre ces deux institutions ?

L'assurance obligatoire contre les accidents, organisée en Allemagne par la loi du 6 juillet 1884, remaniée en dernier lieu par la loi du 30 juin 1900, intervient à partir de la quatorzième semaine après l'accident, pour fournir aux assurés des soins médicaux et une indemnité pécuniaire sous forme de rente.

Le service de l'assurance est réalisé par de grandes corporations patronales, les *Berufsgenossenchaften*, fondées sur le principe de la mutualité obligatoire, c'est-à-dire que toutes les industries de l'Empire allemand ont été reparties administrativement en un certain nombre de groupes professionnels, chaque groupe comprenant toutes les industries de même nature existant dans l'ensemble ou une partie de l'Empire ; les patrons sont tenus d'adhérer à ces sociétés mutuelles d'assurance.

L'assurance contre les accidents n'intervenant qu'à partir de la quatorzième semaine après l'accident, il en résultait, avant la loi du 25 mai 1903, que la cession des secours fournis pendant treize semaines par l'établissement d'assu-

rance contre la maladie coïncidait avec le début des secours fournis par l'établissement d'assurance contre les accidents.

Depuis la loi du 25 mai 1903, cet état de choses se trouve modifié par suite de l'extension de la durée des secours de maladie à vingt-six semaines : sous le régime de la législation actuelle, les deux assurances fonctionnent donc, de façon concomitante et parallèle, depuis la quatorzième jusqu'à la vingt-sixième semaine, au profit des personnes qui, appartenant aux deux assurances, sont malades à la suite d'un accident du travail.

Les corporations d'assurances contre les accidents peuvent craindre toutefois que l'état des blessés ne s'aggrave pendant les premières semaines, par suite de l'insuffisance du traitement fourni par les établissements d'assurance contre la maladie, car certaines blessures exigent un traitement que les petites caisses de maladie ou l'assurance communale ne sont pas en état de fournir et, dans l'intérêt du blessé, il importe parfois que la victime reçoive, dès le début de l'incapacité de travail, des soins aussi complets que possibles. Aussi la loi autorise-t-elle la corporation à se charger avant l'expiration de la treizième semaine, des secours à fournir à la victime, et à se substituer à la Caisse de maladie pour le service des allocations.

Depuis le jour où la corporation se charge ainsi du traitement du blessé jusqu'à l'expiration de la vingt-sixième semaine (ou jusqu'à la fin du traitement si la guérison survient auparavant) le droit de l'assuré au secours pécuniaire passe à la corporation ; c'est par contre à celle-ci qu'incombent, pour la même période, toutes les obligations que la Caisse de maladie est tenue de remplir à l'égard du malade : la corporation remplace donc la Caisse de maladie vis-à-vis du blessé dans les rapports d'assureur à assuré.

Pour que la corporation d'assurance contre les accidents

soit avertie de tous les cas où le traitement se prolonge au-delà d'une certaine durée, la loi prescrit aux administrateurs des établissements d'assurance contre la maladie, sous la peine d'une amende qui peut atteindre 20 marks, de signaler, dans le délai d'une semaine, au comité directeur de la corporation intéressée, les cas d'accidents du travail où le blessé est encore réduit à une incapacité de travail à l'expiration de la quatrième semaine.

Au lieu de se substituer aux Caisses de maladie, les corporations d'assurance contre les accidents peuvent, au contraire, charger les Caisses de faire, à partir de la quatorzième semaine et jusqu'à la fin du traitement (même s'il se prolonge au-delà de la vingt-sixième semaine), l'avance des secours qu'elles leur rembourseront ultérieurement.

En cas de décès résultant d'un accident, la corporation doit rembourser à la Caisse de maladie l'indemnité funéraire que celle-ci a payée.

Enfin, la loi d'assurance contre les accidents met à la charge des patrons l'obligation de compléter les secours fournis par l'assurance contre la maladie. Le secours pécuniaire alloué aux victimes d'un accident du travail doit, en effet, à partir du début de la cinquième semaine qui suit l'accident et jusqu'à l'expiration de la treizième semaine, s'élever au moins aux deux tiers du salaire ; le patron doit acquitter la différence qui peut exister entre ces deux tiers et le montant du secours légal ou statutaire qu'alloue la Caisse, et celle-ci doit faire l'avance de la différence qui leur sera remboursée par le patron.

L'assurance contre la maladie a, d'autre part, des rapports avec l'assurance contre l'invalidité. En effet, cette dernière, organisée en Allemagne par la loi du 22 juin 1889, modifiée par celle du 13 juillet 1899, ne s'applique pas seulement aux personnes définitivement invalides, mais

intervient encore en faveur des personnes malades, à partir de la vingt-septième semaine de maladie.

Les Caisses de maladie accordant des secours pendant les vingt-six premières semaines de maladie, il en résulte qu'au moment même où l'une des assurances cesse de fonctionner, l'autre entre précisément en jeu.

De plus, « avec une prévoyance admirable, dit M. Saint-Aubert, la loi autorise les établissements d'assurance contre l'invalidité à délivrer des secours aux assurés pour les guérir, quand une maladie les expose à devenir invalides. »

Résultats de l'assurance maladie en Allemagne.

Le Bureau impérial de statistique publie annuellement un rapport détaillé des résultats de l'assurance contre la maladie. Cette statistique est établie à l'aide de formulaires que les établissements d'assurance sont tenus de remplir. Ces rapports fournissent :

1° Le nombre des personnes assurées contre la maladie ;

2° Le nombre des établissements d'assurance contre la maladie ;

3° Le nombre des cas et des journées de maladie, ainsi que le nombre des décès ;

4° Le montant des frais de maladie ;

5° La durée des secours ;

6° Le montant des cotisations ;

7° La situation financière des établissements d'assurance contre la maladie.

Nous nous contenterons de citer parmi les chiffres fournis par le dernier recensement (1er décembre 1900) ceux qui ont trait plus spécialement à notre sujet.

Nous voyons que, pendant l'année 1900, 9,520,763 personnes ont été assurées.

Remarquons que le nombre des assurés n'était, en 1885, que de 4,294,173. Depuis cette époque l'assurance s'est étendue d'une façon continue et progressive, par suite de l'assujettissement des entreprises de transport, de dragage, de navigation fluviale ; par suite de l'introduction de l'assurance dans les exploitations agricoles et forestières ; par de nombreux règlements municipaux étendant l'obligation de l'assurance et aussi par suite de l'essor pris dans ces dernières années par l'industrie et le commerce allemands, essor qui nécessita l'augmentation du nombre des travailleurs dans les industries assujetties.

Il ressort de l'examen des tableaux de statistique que la population assurée s'élève à plus du quart de la population totale.

Disons enfin que tandis que le nombre moyen des assurés du sexe masculin passait de 4,948,537 en 1889 à 7,313,855 en 1900, le personnel féminin s'élevait de 1,195,662 membres à 2,606,908, ce qui donne une proportion encore plus élevée.

Les cas et journées de maladies *où un secours pécuniaire a été alloué au malade* sous forme de versement direct, de frais d'entretien à l'hôpital ou de remboursement à des tiers sont seuls comptés dans la statistique.

De 1885 à 1900, les établissements d'assurance contre la maladie eurent à secourir plus de quarante millions de cas de maladies, représentant près de sept cents millions de journées de maladie.

En 1900, les secours de maladie furent alloués pour 3,679,285 cas de maladie, représentant 64,916,827 journées de maladie. Il y a, annuellement, environ un cas de maladie sur trois assurés, et le nombre des journées de maladie est d'à peu près 6 1/2 par assuré. La proportion est un peu plus faible pour les femmes.

On ne peut déterminer exactement la durée moyenne des cas de maladie, puisque la statistique officielle ne comporte que le relevé des journées de maladie où le secours pécuniaire a été alloué. On ne peut que connaître le nombre moyen des jours de maladie où ce secours pécuniaire a été alloué, par cas de maladie ayant entraîné une incapacité de travail.

En 1900, la durée moyenne des cas de maladie a été de 17,6 jours. Pour les femmes, il a été, en 1900, de 20,1 jours.

Le nombre total des cas de décès s'est élevé, en 1900, à 71,349 soit 0,88 p. 100 assurés ; cette statistique ne s'applique pas à l'ensemble des établissements d'assurance ; elle est établie en dehors des assurances communales qui, ne payant pas d'indemnité funéraire, ne donnent pas l'indication des décès de leurs assurés. Or, nous voyons dans d'autres tableaux que ces Caisses communales étaient au nombre de 8,512 en 1900 et que l'on comptait, à la même époque pour cette variété de Caisses : 26,1 cas de maladie et 453,5 jours de maladie p. 100.

Le montant des frais de maladie par assuré s'est élevé, en 1900, à 16 marcs 58 pfennigs, alors qu'il n'était que de 14 marcs 60 en 1898.

D'autre part, le montant des frais de maladie par cas de maladie et par jour de maladie a atteint en 1900 : m. 42,91. En 1885, il n'était que de m. 26,41.

Par journée de maladie les frais ont été : en 1885 de m. 1,88 et en 1900 de m. 2,43. Faisons remarquer que cette augmentation des frais de maladie est dû non seulement au fait que nous avons signalé plus haut, de l'accroissement du nombre des ouvriers assurés, mais aussi à ce que 10,4 p. 100 de l'ensemble des établissements d'assurance contre la maladie allouent à leurs assurés des secours

pécuniaires supérieurs au minimum légal. Ce minimum de secours pécuniaires est fixé par la loi à la moitié du salaire. Or, en 1900, 15 p. 100 de Caisses locales, 18,1 p. 100 des Caisses de fabriques, 7,6 p. 100 des Caisses d'entreprises de construction et 22 p. 100 des Caisses de corporations ont dépassé ce minimum.

En outre, près de 5,000 Caisses ont, dans le cours de l'année 1900, payé des secours pécuniaires dès le premier ou le deuxième jour de maladie, sans imposer aucun délai d'attente. En 1900, 2,553 Caisses ont payé les secours pécuniaires même pour les dimanches et jours fériés.

De plus en plus aussi les Caisses s'occupent de la *famille de l'assuré*. En 1900, les Caisses ont donné dans ce but 1,504,424 marcs.

L'assistance à la famille du malade hospitalisé s'est aussi considérablement développée.

La durée des secours, fixée par la loi de 1903 de treize à vingt-six semaines, a été augmentée par de nombreuses Caisses et portée de vingt-six à cinquante-deux semaines et même au delà.

Le montant des cotisations prélevées par les établissements d'assurance contre la maladie s'est élevé, en 1900, à 166 millions.

L'assuré qui versait, en 1900, 12 m. 25 sous forme de cotisations et de droit d'entrée, en recevait, comme nous l'avons vu plus haut, 16 m. 58 sous forme de secours.

Le *taux des cotisations*, c'est-à-dire le rapport des cotisations au salaire de base a, pour l'ensemble des Caisses, une tendance marquée à s'élever d'année en année.

Enfin, d'après la statistique la plus récente, nous voyons que, pour l'année 1902, le nombre total des Caisses s'élevait à 23,214, comptant 9,858,066 assurés recevant en cotisations 180 millions de marcs, payant 167 millions de

marcs de secours divers à 3,578,140 malades, possédant une fortune de 173 millions et dépensant 10 millions pour frais d'administration.

Ces chiffres montrent, comme le dit M. de Saint-Aubert, que « les lois d'assurance obligatoire allemandes sont le résultat d'un labeur immense poursuivi avec la persévérance et l'opiniâtreté qui caractérisent les races germaniques. »

Cependant, cet ensemble de lois ne répond pas encore à tous les désiderata. C'est ainsi que la question des maladies professionnelles préoccupe toujours l'opinion des législateurs et des hygiénistes allemands.

Récemment encore, le professeur Lewin, de Berlin, disait « qu'à l'importance spéciale que présentent les poisons parmi les dangers industriels devraient correspondre soit la faculté d'appliquer plus longuement les lois existantes, soit des dispositions spéciales. »

Les maladies professionnelles ne sont en effet visées, dans la législation allemande, que par un article de la loi sur l'assurance contre la maladie, aux termes duquel « les chefs d'entreprise qui comporte des risques particuliers de maladie peuvent être tenus d'instituer une Caisse de fabrique. »

Cette confusion des maladies professionnelles avec les autres maladies, dans une loi d'assurances générales, présente un grave inconvénient déjà signalé par plusieurs auteurs. En effet, dans ce système, les patrons, payant les mêmes indemnités à l'ouvrier, qu'il soit atteint d'une maladie d'origine professionnelle ou d'une maladie quelconque, n'ont aucun intérêt à porter leur attention sur les mesures préventives propres à éviter aux ouvriers les risques de maladie professionnelle.

CHAPITRE VI

Les maladies professionnelles en Belgique, en Italie et dans le Grand-Duché de Luxembourg.

---

1. — Belgique

En Belgique, il n'existe aucune loi sur les maladies professionnelles.

Plusieurs amendements tendant à assimiler les maladies professionnelles aux accidents du travail, ont été proposés au cours de la discussion qui a abouti au vote de la loi du 24 décembre 1903, sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail ; mais ces amendements ont été repoussés.

2. — Italie

En Italie, il n'existe pas non plus de législation spéciale. La législation sur les accidents date, comme la législation française, de 1898. Il a été institué, par décret royal du 19 décembre 1901, une Commission de médecins et d'hygiénistes pour l'étude des maladies professionnelles des ouvriers de l'industrie. Une enquête administrative ordonnée en vue d'éclairer cette Commission est encore en cours auprès des autorités et institutions compétentes.

La Commission a déjà consigné les premiers résultats de ses travaux dans un rapport préparatoire intéressant. Après avoir reconnu qu'il peut être difficile, dans beau-

coup de cas, de démontrer qu'une maladie « a été contractée en travaillant et parce qu'on travaillait », elle constate qu'il existe néanmoins des industries dans lesquelles la relation entre les substances employées ou les modes d'emploi et les maladies de l'ouvrier n'est pas moins nette et moins claire que celle existant entre le fonctionnement d'un moteur et une blessure produite par ce dernier ». Elle fait d'autre part valoir que les maladies infectieuses et les empoisonnements méritent plus encore que les accidents la qualification de risques professionnels : « 1° parce que ces affections sont très souvent inévitables, indépendamment de la prudence de l'ouvrier ; 2° parce que leur gravité peut être atténuée par les soins de l'industrie, qui modifiera la méthode de travail ou prendra d'autres mesures de précaution appropriées, bien plus facilement que pour les accidents se manifestant par des blessures. » Elle conclut donc que « l'exclusion des maladies professionnelles du régime établi pour les accidents par la loi du 17 mars 1898 constitue une grave lacune qu'il importe de combler d'urgence. »

3. — Grand-Duché de Luxembourg

Une loi du 31 juillet 1901 a établi dans le Grand-Duché une assurance obligatoire mutuelle contre les maladies, pour les ouvriers et certains employés de commerce. La gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques et l'allocation d'un secours pécuniaire en cas d'incapacité de travail sont garanties pendant treize semaines aux bénéficiaires qui jouissent, de plus, du libre choix du médecin traitant.

Ce système est copié sur le système allemand. Il ne différencie pas non plus les maladies professionnelles des autres maladies.

En résumé, la Suisse seule paraît, jusqu'à ce jour, être la seule nation dont la législation ait assimilé, d'une manière générale, certaines maladies professionnelles aux accidents du travail, en ce qui concerne les responsabilités qui en découlent. Mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il faut se demander avec M. Paulet si la loi du 23 mars 1877 a bien reçu toute l'application qu'elle comportait et qu'on semble assez généralement encore lui prêter.

On doit admettre, avec le rapport général de la Commission d'hygiène industrielle, que « la responsabilité mise à la charge des patrons » a eu pour résultat « de les disposer à accepter et même à devancer les suggestions de l'inspecteur du travail en matière d'hygiène, eux-mêmes se trouvant matériellement intéressés à n'avoir pas de maladies sérieuses à indemniser. »

Ce résultat est évidemment de première importance.

On peut, au contraire, douter de l'efficacité de cette législation au point de vue de la réparation proprement dite des maladies professionnelles. Ses résultats sont, en effet, peu remarquables et si, comme le constate le rapport de la Commission, cette législation fonctionne depuis 25 ans « sans avoir soulevé aucune difficulté », c'est peut-être d'abord parce que les difficultés survenues se sont rencontrées du domaine de la jurisprudence cantonale, sans venir jusqu'à la jurisprudence fédérale et aux recueils qui la contiennent ; c'est ensuite parce que le régime de la réparation des accidents du travail, à laquelle se trouve ainsi assimilée la réparation de certaines maladies professionnelles ne repose encore, en Suisse, que sur le principe de la responsabilité civile sans avoir atteint le développement autrement large que lui a donné, en France comme dans les pays voisins, le principe du risque professionnel ;

c'est enfin parce que la législation suisse a mis à ce régime même des limitations qui en réduisent encore singulièrement la portée.

Il ne faut pas oublier, en effet, que dans cette législation la responsabilité du chef d'entreprise se trouve subordonnée à une série de conditions restrictives. Elle ne peut être mise en cause que dans les industries produisant ou employant les substances réglementaires déterminées, uniquement pour les « maladies graves » et, en outre, à la double condition que ces maladies soient provoquées par l'emploi ou la présence de substances toxiques : 1° d'une manière *certaine ;* 2° d'une manière *absolue,* double condition qui semble devoir être de réalisation peu fréquente, si l'on a égard aux difficultés médicales d'établir en cette matière la certitude d'origine de la maladie et le caractère exclusif de cette origine.

L'étranger, dans le problème qui nous occupe, nous ivre donc beaucoup plus des aspirations ou des sensations que des enseignements achevés ou des pratiques décisives. On peut dire, avec M. Georges Paulet, que la question reste entière. Il nous faut maintenant étudier les différents points du problème et tenter de répondre aux questions qui ont été posées à la suite du rapport préparatoire au Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail.

CHAPITRE VII

Etude spéciale des principales maladies professionnelles au point de vue de leur assimilation aux accidents du travail.

Première question à résoudre : La maladie constatée chez l'ouvrier est-elle bien le résultat de l'exercice de sa profession ?

Tout d'abord il nous faut résoudre la question suivante : « Y a-t-il lieu d'organiser dans le projet de loi à intervenir la déclaration de toutes les intoxications professionnelles importantes, en vue d'éclairer l'œuvre de la prévention en même temps que l'élaboration des législations ultérieures sur la réparation des maladies professionnelles ?

Faisons tout d'abord remarquer que l'on ne paraît considérer comme insalubres que les industries dans lesquelles on manipule des produits toxiques, alors que, suivant la définition de M. de Freycinet, toutes les industries sont insalubres : par suite, comme le dit M. P. Langlois, dans toutes on peut observer des ouvriers souffrant d'une affection résultant d'un travail déterminé ; toutefois, certaines le sont plus particulièrement, on peut même dire que, dans quelques industries, la maladie professionnelle présente un véritable caractère de fatalisme étant donné le tant pour cent des ouvriers atteints. Dès maintenant nous pouvons prévoir qu'il faudra déclarer, non pas quelques intoxications importantes mais toutes les affections en rapport

avec l'exercice d'une profession quelle que soit la natnre de cette profession.

La Commission d'hygiène, lorsqu'elle a dressé sa liste, a fort bien compris qu'il était impossible de limiter ainsi la question et, pour se conformer au désir exprimé par la Chambre, imitant la loi Suisse de 1877, elle a englobé dans sa liste, qui contient les grands poisons industriels, certains virus, les pneumoconioses et enfin les dermatoses.

Nous voyons dès maintenant le point délicat du problème, la raison pour laquelle les législations étrangères sont forcément restées incomplètes.

Pour arriver à une réparation satisfaisante des maladies professionnelles, on ne peut pas les assimiler purement et simplement à des accidents du travail car elles ne rentrent, à aucun titre, dans la définition de l'accident telle qu'elle a été donnée par M. H. Boucher, par M. Léon Bourgeois et par le Ministre du Commerce, dans sa circulaire en date du 25 août 1899.

Le professeur Lewin, de Berlin, a cependant cherché à démontrer qu'on pourrait, en obéissant à des considérations et à des observations d'ordre purement scientifique, obvier à cette lacune de la loi sur les accidents sans ébranler les bases de la législation sur les accidents. D'après lui, le principe d'où pourrait dériver cette conclusion, et sur lequel on pourrait établir une jurisprudence nouvelle, résulterait des recherches sur l'action cumulative des poisons, que les chimistes, les physiologistes et les médecins ont expérimentalement et scientifiquement établie et démontrée.

« Dans l'intoxication professionnelle, le trouble fonctionnel, dit-il, provoqué par l'accumulation des poisons, représente, soit l'effet totalisé d'accidents distincts semblables

ou dissemblables, provoqués par une ou plusieurs causes, dans une étendue de temps limitée, soit l'action unique d'une cause développant ses effets dans l'organisme suivant cette loi, qu'un trouble fonctionnel une fois produit, ne tend pas à se corriger, mais à s'aggraver.

« Quand les toxiques ont agi, non pas une fois, mais des centaines et des milliers de fois, sur les ouvriers, et ont amené une réduction de leur capacité de travail, l'opinion courante voit dans l'issue finale la conséquence d'une action continue du toxique, tandis que cette issue finale représente une série d'accidents accumulés, dont chacun engendre une prédisposition croissante donnant chaque fois peu de prise aux actions subséquentes.

« En effet, quand un décapeur de cuivre ou de bronze a laissé pénétrer dans ses poumons des vapeurs d'acide hypoazotique et d'anydhride azotique, c'est là sans doute un accident qui diminue dans une certaine mesure l'intégrité de l'organe. La seconde aspiration, qui suit de près la première, augmente le dommage, jusqu'à ce qu'enfin une aspiration ultérieure entraîne une hémorrhagie résultant de la corrosion des vaisseaux sanguins attaqués par les accidents précédents.

Les conditions sont identiques pour l'action d'autres toxiques. Un ouvrier qui a été atteint d'insensibilité des doigts ou d'ataxie à la suite de travaux exécutés avec le sulfure de carbone, a le même titre à obtenir une rente d'accident que celui auquel un doigt a été enlevé par une scie circulaire.

Pour lui, qui peut-être n'a été mis en contact que pendant quelques semaines avec le poison, l'impotence sensorielle ou motrice est la conséquence d'une série d'inhalations de sulfure de carbone *distinctes et limitées dans le temps,* dont chacune constitue un accident.

« Le point critique dans la question de savoir si l'on est ou non en présence d'un accident, au sens légal du mot, est donc dans la délimitation du temps où se produit l'évènement.

« Dans les espèces considérées, chaque aggravation de l'état du sujet correspond à un accident, exactement circonscrit dans le temps, encore bien qu'il ne s'agisse peut-être pas toujours de minutes, ni même d'une heure, mais d'une séance de travail. Si l'ouvrier voulait en quelque sorte donner à cette idée une expression pratique, il lui suffirait, après chaque séance pendant laquelle il aurait absorbé une certaine dose de poison, de se porter demandeur de la rente-accident en indiquant le moment de l'absorption. »

Cette théorie, comme le remarque M. Georges Guilhaud, présente un certain mérite d'ingéniosité et de grande habileté de tactique dans la critique de la loi sur les accidents, mais nous pensons avec lui qu'il est préférable d'aborder franchement la question en admettant que les maladies professionnelles doivent bien constituer une dépendance du risque professionnel comme les accidents du travail, que de vouloir la résoudre, insidieusement en quelque sorte sur un point de jurisprudence, comme le désire le professeur Lewin. Nous avons vu, d'ailleurs, que les tribunaux ont pris soin de distinguer, suivant les indications non équivoques des travaux préparatoires de la loi, l'*accident* et la *maladie professionnelle*, mais avec une tendance manifeste à étendre la notion d'accident jusqu'à ses extrêmes confins, de façon à ne laisser en dehors que les maladies professionnelles ne s'y rattachant à aucun degré.

Nous avons vu aussi que la Cour de cassation a affirmé que la loi de 1898 ne s'applique pas aux maladies

professionnelles auxquelles on ne saurait assigner une origine et une date déterminées et qui ne sont que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie » ; mais qu'elle s'applique aux affections pathologiques accidentelles qui, bien que contractées dans l'accomplissement d'un travail individuel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'existence de ce travail ».

Enfin, nous avons relevé qu'en l'état de la jurisprudence les maladies professionnelles causées, déterminées ou directement aggravées par un accident, si léger soit-il, rentrent dans le domaine de la réparation légale, à l'exclusion des affections pathologiques d'origine imprécise ou successive.

Toute la difficulté de la question résulte en effet de son imprécision.

Au premier abord, rien ne semble plus simple que d'assimiler purement et simplement les maladies professionnelles aux accidents du travail ; mais dès que l'on cherche à se faire une idée exacte de ce qu'est une maladie professionnelle, les difficultés apparaissent si sérieuses et si nombreuses que peu de gens cherchent actuellement de ce côté la réparation des conséquences des maladies professionnelles.

C'est qu'il est difficile, en effet, de définir les maladies professionnelles. Il est assez facile de trouver une circonlocution pour donner une idée du sens de cette expression. Petri définit l'expression « maladies professionnelles » comme « maladies spécifiques propres, dans un certain sens, à certaines professions, atteignant, il est vrai, des personnes sans profession, mais plus régulièrement et plus fréquemment les personnes exerçant certaines professions. »

Raths donne la définition suivante : « les maladies professionnelles sont ces genres de maladies qui apparaissent, ou exclusivement ou presque exclusivement chez les personnes appartenant à certaines professions ; elles sont produites par le genre spécial de l'occupation ;

Des deux définitions, identiques en substance, correspondent à ce qu'on comprend généralement sous l'expression « maladies professionnelles » ; toutes deux prouvent la difficulté de caractériser les maladies professionnelles. Il n'y a qu'un petit nombre de maladies se produisant exclusivement dans certaines professions, le plus grand nombre d'entre elles se produisant aussi en dehors de ces professions.

Il est donc nécessaire de rechercher si telle ou telle profession est plus ou moins susceptible d'augmenter spécialement le danger de certaines maladies. Ce résultat est évidemment difficile à obtenir. Chacune de ses maladies est produite par une série de causes coopératrices, et il est en général impossible d'en séparer ces causes qui ne sont pas vraiment en connexion avec le genre spécial de l'occupation professionnelle.

Dans la plupart des cas, on ne peut constater jusqu'à quel degré l'âge, le sexe, la constitution individuelle, le mode de vivre, la situation économique, le climat ont coopéré à la maladie.

A ces causes nombreuses de débilitation de l'organisme, s'ajoute encore l'alcoolisme. Elles ne sont pas particulières à une industrie, mais se rencontrent malheureusement partout.

De plus, il est souvent tout à fait impossible de constater jusqu'à quel point ces maladies ont été le résultat de l'exercice de la profession.

D'après l'office impérial allemand des assurances, la

maladie professionnelle est généralement le résultat d'un genre de travail, dans certaines professions nuisibles à la santé et exécuté constamment pendant une longue durée de temps. La distinction caractéristique : « la longue durée du temps » n'est cependant pas facile à indiquer et l'on ne peut donc considérer la ligne de démarcation entre l'accident et la maladie professionnelle comme stable, de telle sorte que les opinions par rapport au classement de certains cas, peuvent différer considérablement.

On devra donc penser, avec Van der Borght, en se représentant l'idée de la maladie professionnelle que même la meilleure définition de l'expression doit laisser surgir des doutes nombreux. La définition qui, suivant lui, paraît du reste caractériser le mieux la chose est encore facultative et susceptible de donner lieu à beaucoup de doutes. « Les maladies professionnelles, dit-il, sont ces maladies qui se présentent comme le résultat du prolongement de l'action des influences nuisibles de certaines professions, et qui apparaissent, par conséquent, exclusivement chez des personnes appartenant à ces professions ou au moins plus fréquemment que dans la population en général. »

Que sont, en effet, ces maladies qui se présentent comme le résultat du prolongement de l'action des influences nuisibles de certaines professions et qui, par conséquent, apparaissent *exclusivement* chez des personnes appartenant à ces professiens ou au moins plus fréquemment que dans la population en général ?

Rangerons-nous parmi elles certaines maladies générales dont le point de départ est un fait nettement anormal : le charbon des mégissiers et des tanneurs, par exemple, dû à l'introduction sous les téguments d'un germe virulent ?

Nullement, car ainsi que le disent avec beaucoup de justesse MM. Ollive et Le Meignen, ce sont des *maladies*

accidentelles et non des maladies professionnelles. En effet, dit M. J.-P. Langlois, l'inoculation charbonneuse se produit soudainement, elle peut se faire sans violence, sans traumatisme au moment même, l'excoriation du derme pouvant précéder le moment du contact avec le germe, mais cette inoculation est soudaine, unique, nullement fatale et nous ne pouvons trouver de meilleure épithète que d'ajouter accidentelle. En faveur de cette idée du charbon accident, M. J.-P. Langlois cite de plus la Cour de cassation dans son arrêté de 1905 et l'Office impérial allemand qui, appelé à trancher la question à propos d'un ouvrier ayant succombé aux suites du charbon contracté dans un atelier de tissage de crins, a rangé dans les accidents « l'introduction brusque dans le corps humain de germes infectieux. »

D'autre part, dit-il, l'affection charbonneuse n'est pas rigoureusement spécifique de la profession de criniers, mégissiers et il existe, soit dans les campagnes, soit dans les villes, quoique plus rarement, des cas de charbon chez des sujets n'ayant pas de contacts directs avec les produits utilisés dans les industries incriminées. En pratique cependant, les statistiques recueillies par Debray montrent que presque tous les cas de charbon officiellement constatés en Angleterre où la déclaration des cas industriels est obligatoire, sont d'origine professionnelle. Nous voici donc en présence d'une maladie professionnelle qui répond bien à l'idée que l'on se fait d'une maladie professionnelle, c'est-à-dire d'une affection dans laquelle le travail quotidien a joué un rôle étiologique prédominant, maladie qui, dans nombre de classifications, est rangée au nombre des affections professionnelles. Cependant cette affection reconnaît pour cause, comme une lésion accidentelle un fait anormal précis, soudain, tout en étant le plus souvent le résultat des conditions ordinaires de l'industrie. On comprend donc

facilement qu'en ce qui concerne cette maladie, la jurisprudence française présente, au point de vue de la responsabilité patronale, vis-à-vis des ouvriers, une incohérence remarquable, comme le dit M. J. P. Langlois. Et il ne peut en être autrement car cette maladie *accidentelle* ne rentre dans aucune catégorie. Nous la voyons considérée comme une maladie par certains Tribunaux, comme un accident par d'autres, sans que cependant la question soit tranchée d'une façon définitive puisque la Cour de cassation a admis pour l'ouvrier la nécessité de faire la preuve.

Rangerons-nous parmi les maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, précoces ou tardives, graves ou légères, dans lesquelles le travail quotidien a joué un rôle étiologique prédominant ?

Quelles seront ces maladies que l'on devra déclarer lorsqu'elles atteindront des ouvriers travaillant dans les industries énumérées par la loi ? Il semble, comme disent MM. Ollive et Le Meignen, que poser la question ce soit la résoudre. Nous connaissons bien les types de ces maladies. Ce sont les intoxications lentes de l'organisme, saturnisme, hydrargyrisme, sulfocarbonisme, etc., qui mettent parfois des années à se dévoiler.

La question à résoudre devant l'ouvrier malade sera donc la suivante : « L'affection dont souffre le patient est-elle ou non de celles ayant le caractère professionnel ? » Si oui, le mécanisme de la loi quel qu'il soit, entrera en jeu pour protéger le malade ; dans le cas contraire, celui-ci subira le sort commun. « Pour les personnes étrangères à l'art médical, disent MM. Ollive et Le Meignen, rien de plus simple en apparence ; mais, pour ceux qui veulent étudier la question de plus près, combien de difficultés offre déjà la solution de ce premier problème.

§ 1. — Saturnisme.

Prenons comme exemple les accidents du saturnisme que tout le monde connaît. Avant de les étudier nous ferons d'abord remarquer avec M. le professeur Thoinot que le liseré de Burton considéré par tous les auteurs, à juste titre, comme un signe pathognomonique, n'est cependant pas absolument constant.

Manouvrier, dont on connaît la très grande compétence dans ces questions, a noté sur 50 cas de saturnisme professionnel indéniables, l'absence du liseré de Burton dans 5 cas. Quant au tatouage des joues et des lèvres il est beaucoup moins fréquent.

Si nous étudions la colique de plomb accident « dont le cachet clinique est tout particulier », nous voyons cependant les traités de pathologie passer en revue toute la pathologie de l'abdomen quand il s'agit de la différencier des autres affections abdominales. Dans la pratique elle a été en effet confondue avec toutes les douleurs abdominales. Des cas ont été rapportés par Vianay dans sa thèse inaugurale (Obs. IX). Cet auteur rapporte l'histoire de trois malades admis dans le service de Rendu et chez lesquels, au lieu de penser à des coliques saturnines, on posa à tort le diagnostic de coliques néphrétiques et de coliques hépatiques. Laporte, de son côté, dans sa thèse de 1899, s'exprime ainsi : « Il est un état morbide qui n'a pas été envisagé dans ses rapports avec l'appendicite. Si, à l'heure actuelle, on est à même de poser un diagnostic à peu près certain et de ne pas confondre l'appendicite avec un début de travail chez les femmes enceintes, avec une annexite, etc., on a laissé de côté la colique saturnine. » Et il cite les deux observations de MM. Gaucher et Sergent.

Dans un des deux cas, une erreur de diagnostic fut commise, ou plutôt on posa un diagnostic incomplet. La difficulté est grande, dit-il, de reconnaître l'appendicite pendant la colique de plomb.... Ce qui fait porter sans hésitation le diagnostic de colique de plomb dans les états douloureux de l'abdomen, c'est la profession des malades, la connaissance d'attaques antérieures, l'anémie spéciale des intoxiqués chroniques, la présence au niveau des gencives du liseré de Burton, et, à la face interne des joues, les plaques tatouées.

C'est la coexistence d'une paralysie ou d'une encéphalopathie saturnines. Tous ces signes même réunis ne suffisent pas à assurer un diagnostic exact ni surtout un diagnostic complet si, comme le croit l'auteur, l'empoisonnement chronique par le plomb peut déterminer un état morbide de l'intestin qui prédispose à l'appendicite. La question est d'autant plus difficile à résoudre que le tracé sphygmographique n'est plus pathognomonique comme il l'est dans la colique de plomb ordinaire, car ici le pouls est modifié par la réaction péritonéale que développe l'inflammation de l'appendice. De plus, il faut compter avec les appendicites fantômes, les appendicites hystériques, les pseudo-appendicites nerveuses. On peut aussi dire avec Laporte que, le saturnisme favorisant le développement de l'hystérie, il n'est pas invraisemblable de penser que cette forme d'appendicite se présente peut-être plus souvent qu'on ne pense chez les intoxiqués par le plomb.

Galliot, ayant observé dans le service de M. Legendre « un cas particulier dans lequel au cours d'une colique de plomb se traduisant par les symptômes les plus nets, habituels à ce genre d'affection, apparurent subitement les signes d'une appendicite certaine », eut l'idée de chercher à faire un essai de diagnostic entre l'appendicite et la colique

de plomb. Après avoir rassemblé les différentes observations rapportant les erreurs commises ou les diagnostics heureusement posés, il voulut vérifier l'exactitude de l'hypothèse émise par M. Sergent de relations possibles entre le saturnisme et l'appendicite? Il chercha d'abord si son cas était unique dans la science et s'il ne s'était pas trompé en présence d'une simple coïncidence. Il trouva dans les auteurs du siècle dernier des faits de coliques de plomb compliquées de péritonite. L'appendicite n'existait pas encore. Les anciens auteurs avaient donc signalé, dans un certain nombre de cas, la présence simultanée de réactions péritonéales et d'accidents saturnins. Cependant dans les ouvrages classiques modernes, on fait à peine mention du diagnostic de la colique de plomb avec l'appendicite. M. Letulle signale seulement l'appendicite comme cause d'erreur, à côté de la colique hépatique, de la colique néphrétique et de l'étranglement herniaire. M. Guinard s'exprime ainsi : « Les coliques sont facilement éliminées, si la température est élevée; pourtant, n'avons-nous pas vu que certaines appendicites suraiguës évoluent sans fièvre, et peuvent même s'accompagner d'hypothermie ; il est vrai qu'alors le facies particulier des grosses infections attire l'attention, » Le diagnostic peut donc, dit Galliot, être assez délicat dans certains cas. C'est aussi la conclusion de MM. Le Gendre et Sergent. « Je pense, dit M. Sergent, avoir suffisamment montré combien le diagnostic peut être difficile, sinon impossible. » M. Le Gendre ajoute : « Je souscris pleinement aux conclusions de M. Sergent au point de vue de la difficulté du diagnostic, en certains cas, entre une colique de plomb et une appendicite. » M. Galliot cite ensuite l'observation I de M. Sergent où le diagnostic de colique de plomb fut porté ; le lendemain même, dans l'après-midi, le malade succombait à une péritonite géné-

ralisée. Il cite aussi l'observation IV de Le Gendre où le diagnostic fut heureusement fait entre la colique de plomb et l'appendice.

Dans ces cas, il faut, dit M. Galliot, pour porter un diagnostic exact, ne pas accorder une grande confiance aux antécédents et au liseré saturnin qui sont souvent trompeurs. Il faut, dans ces circonstances, faire abstraction de ce liseré et ne tenir aucun compte de ce cri du malade : « J'ai des coliques de plomb. »

Passant en revue les signes fournis par l'examen direct, signes primordiaux qui ne manquent jamais, au dire des auteurs : les vomissements, la constipation, la douleur, auxquels il adjoint d'autres éléments de diagnostic non moins importants : l'attitude du malade, la forme du ventre, la température, le pouls, le souffle cardiaque et l'ictère, il montre l'extrême difficulté que peut présenter le diagnostic de la colique de plomb avec l'appendicite perforante d'emblée.

Il termine son travail en constatant que : « les cas de coexistence du saturnisme et de l'appendicite sont déjà fréquents. N'y aurait-il pas lieu de penser à autre chose qu'à une coïncidence ; l'appendicite toxique ne saurait-elle exister » ?

Henry Bernard, dans sa thèse de 1901, a repris l'étude clinique de la colique de plomb. Il s'exprime ainsi : « La plupart des derniers auteurs qui ont écrit sur la colique de plomb paraissent avoir eu pour but unique de simplifier le syndrome de l'affection, ou de l'adapter à une pathogénie donnée. En sorte que, dans les traités classiques, le syndrome de la colique de plomb, toujours univoque, se trouve réduit à quelques signes importants, considérés comme constants. En réalité, comme l'avaient bien vu Grisolle et surtout Tanquerel des Tanches, dans son livre,

La colique de plomb est multiforme ; sur une base commune se groupent de nombreuses variantes, éloignant plus ou moins le syndrome de son type primitif. Certains signes de la colique, même parmi ceux réputés cardinaux, peuvent manquer ; d'autres signes peuvent exister qui paraissent en opposition avec le tableau classique de l'affection. » Son attention, dit-il, avait déjà été appelée par ces faits, lorsque furent publiés plusieurs cas d'appendicite confondus avec des coliques de plomb (publications que nous avons analysées ci-dessus) qui vinrent confirmer les remarques qu'il avait faites et lui prouvèrent la nécessité, pour le clinicien, de connaître parfaitement les divers aspects de la colique de plomb.

De son étude, critique de chaque symptôme pris en particulier, il ressort que chacun des trois symptômes qui forment le trépied saturnin peut faire défaut. Quand on les rencontre, ces signes varient en intensité dans des limites très étendues. Le siège de la douleur est très variable, son intensité également ; cette intensité varie d'ailleurs beaucoup suivant la réaction individuelle de chaque sujet. La constipation qui est, après la douleur, le phénomène le plus constant de la colique de plomb, peut être remplacée par de la diarrhée ainsi que l'avait déjà observé Tanquerel des Planches. Quant aux vomissements, ils sont loin d'avoir la fréquence des deux symptômes précédents. Assez souvent il n'existe que des nausées. Tanquerel ne les a observés que 400 fois sur 1,200 cas.

Henry Bernard, au contraire, les a observés dans les trois quarts des cas.

Les signes secondaires ne sont pas moins variables. Chez les uns le ventre est rétracté, chez les autres il a conservé sa forme normale ; il peut enfin être ballonné.

« Cette question de forme de l'abdomen mérite cepen-

dant, dit H. Bernard, d'attirer l'attention, maintenant surtout que nous connaissons la fréquence de l'appendicite et la difficulté de son diagnostic chez les saturnins. »

La consistance de la paroi est aussi variable que sa forme ; « classiquement la paroi est toujours contractée ; en réalité le fait .est loin d'être constant, et, à côté des ventres durs, on observe assez souvent des ventres parfaitement souples. »

Les caractères de la sensibilité à la palpation de l'abdomen sont souvent donnés comme signes pathognomoniques. Ce fait est aussi inexact : « Grisolle avait déjà vu que dans un cinquième des cas, une compression profonde ne soulageait pas le malade, et que même, dans un dixième des cas, une compression sur le ventre, forte ou légère, exaspérait les souffrances. La dermalgie et la myosalgie sur lesquelles certains auteurs ont fait reposer tout le syndrome de la colique de plomb sont loin d'être constantes. » H. Bernard n'a rencontré la myosalgie que cinq fois sur quarante et la dermalgie trois fois seulement.

De l'étude des formes cliniques nous retiendrons surtout celle de la forme fébrile : « Grisolle commence sa description de la colique de plomb par ces mots : « Nous définissons la colique de plomb, une maladie complètement spyrétique, caractérisée par.... » Cependant Lorain avait déjà remarqué qu'il existait des formes fébriles. J. Renaut a rapporté un cas de Lorain dans lequel il y eût pendant trois jours une fièvre dont le maximum fut de 39°4 et dans lequel le pouls augmenta de fréquence parallèlement à l'élévation de la température.

« Nous pouvons conclure de nos observations, ajoute-t-il, que les formes fébriles de la colique saturnine sont beaucoup plus fréquentes que ne le disent les auteurs ; c'est ainsi que sur 40 cas observés, nous en comptons 9

dans lesquels la température s'éleva au-dessus de la normale. »

Enfin, non seulement il existe de nombreuses formes cliniques de la colique saturnine, mais on peut encore observer des formes compliquées, la colique survenant au cours d'une autre évolution morbide, de nature saturnine ou non ou se compliquant elle-même d'autres affections, également de nature saturnine ou non.

Passant à l'étude de la colique de plomb considérée dans ses rapports avec les autres affections, il partage l'opinion de Sergent et conclut après lui : « à la difficulté et la nécessité d'établir chez un saturnin avéré, le diagnostic entre l'appendicite et la colique de plomb ». Il rapporte les cas cités par Laporte et Galliot, ajoute à ces observations plusieurs faits personnels et conclut en ces termes : « Dans un certain nombre de cas, le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendicite est particulièrement difficile ; des appendicites ont été prises pour des coliques de plomb et réciproquement.

Un saturnin peut faire alternativement des crises d'appendicite et des crises de colique de plomb.

On peut observer un syndrome mixte, l'évolution débutant par une colique de plomb pour finir par une appendicite. Il paraît même probable que certaines, parmi les formes fébriles de la colique de plomb, sont des formes compliquées d'une appendicite catarrhale légère ». La relation pathogénique entre les deux affections est d'ailleurs inconnue.

H. Bernard pense qu'il n'est pas rare de voir une *entérite aiguë*, en général légère, compliquer la colique de plomb. Certaines *entérites spécifiques* peuvent aussi coexister avec la colique ou prêter à confusion avec elle.

Telles sont : la dysenterie, qui peut masquer à peu près

complètement la colique de plomb, celle-ci n'étant plus représentée dans le tableau symptomatique que par ses douleurs spéciales et par les vomissements.

Telles encore la dothiénentérie et la grippe à forme gastro-intestinale.

La gastrite aiguë peut aussi coexister avec la colique saturnine.

Le cancer de l'estomac peut être simulé par la colique de plomb chronique comme l'a montré Layral.

H. Bernard, de son côté, a observé, en 1900, un cancer latent de l'estomac chez un homme ayant manié des préparations de plomb sans toutefois présenter aucun stigmate de saturnisme, ce qui fit croire, pendant quelque temps, à une colique de plomb chronique, avec cachexie saturnine.

Survenant au cours d'une affection chronique des voies respiratoires, la tuberculose en particulier, elle peut, comme le feraient une infection ou un traumatisme intercurrents, donner à cette affection chronique un coup de fouet qui en active la marche. Il n'y a pas d'antagonisme, comme on l'avait prétendu autrefois, entre le saturnisme et la tuberculose.

H. Bernard rapporte l'observation d'un tuberculeux qui perfora sa plèvre au cours d'un paroxysme douloureux. Dans un autre cas, un saturnin, atteint d'une tuberculose pulmonaire peu avancée, entra à l'hôpital pour une colique de plomb. Quand cet accident fut guéri, la phtisie pulmonaire prit une marche aiguë et emporta le malade trois mois après, sans qu'il ait pu quitter le lit.

Enfin, on peut se demander, lorsqu'on voit la colique coïncider avec les affections respiratoires aiguës, si le début de l'infection aiguë n'a pas été la cause occasionnelle de la colique

Verneuil et Sabatier ont montré en 1887 l'influence des lésions traumatiques sur le saturnisme.

« Nous pensons, ajoute encore H. Bernard, que les infections aiguës peuvent se conduire, vis-à-vis du saturnisme, comme un traumatisme pathologique et provoquer une poussée aiguë de l'affection chronique ; un cas de coliques de plomb rappelées par une fièvre typhoïde et l'observation de Tanquerel à laquelle nous avons fait allusion (pneumonie et colique de plomb) nous paraissent rentrer dans ce cadre.

A son tour, d'ailleurs, la colique saturnine peut agir comme traumatisme vis-à-vis d'une affection chronique, comme on peut le voir en étudiant ses rapports avec l'urémie et l'hystérie.

D'une manière générale, on peut dire que :

« Les affections aiguës jouent, à l'égard de la colique de plomb, le rôle de cause provocante ;

« La colique de plomb, véritable traumatisme pathologique, possède, sur les affections chroniques, une influence néfaste : elle hâte leur marche et peut amener rapidement leur terminaison fatale. »

Si nous passons à l'étude des autres symptômes qui caractérisent les épisodes aigus ou subaigus de l'intoxication saturnine : encéphalopathie, épilepsie, hystérie, tremblements, paralysies, comment porterons-nous un diagnostic ferme et poserons-nous d'une façon certaine l'étiquette « maladie professionnelle », alors que l'épilepsie, la syphilis cérébrale, la tuberculose méningée, l'urémie peuvent donner lieu aux mêmes manifestations ?

Pour les paralysies en particulier, on pourrait rappeler les paroles que Brissaud plaçait en 1886 au début de sa thèse d'agrégation : « Même quand l'intoxication paraît indiscutable, il est souvent malaisé de définir la nature et le rôle de la substance toxique. »

Parlant plus spécialement des paralysies saturnines, il

s'exprime ainsi : « A la vérité, les paralysies saturnines se présentent presque toujours avec des caractères assez spéciaux pour faciliter le diagnostic causal, mais on aurait tort de les séparer des autres, sous prétexte que l'invariabilité de leur siège cadre mal avec la répartition plus capricieuse des paralysies alcooliques, arsenicales, etc. Il est encore une différence, et celle-là est peut-être la plus importante, qui semble séparer la paralysie saturnine des précédentes. Elle ne se complique pas de troubles de la sensibilité, à condition toutefois que les complications encéphaliques n'y soient pour rien. Ici, dit M. le Prof[r] Brissaud, nous aurions encore beaucoup de restrictions à faire. Sous ce rapport, en effet, nous avons rencontré des anomalies si nombreuses et si flagrantes que la règle générale énoncée par la plupart des auteurs nous parait avoir été prise trop au pied de la lettre. Oui, la paralysie saturnine présente des particularités tout à fait singulières et que nous n'expliquerons pas ; mais, elle offre aussi le plus grand nombre des attributs qui nous ont servi à grouper la plupart des paralysies toxiques au double point de vue de leur nature périphérique et de leurs manifestations cliniques.

On ne s'est attaché jusqu'à ce jour qu'à faire ressortir les caractères spéciaux et pathognomoniques des paralysies saturnines, mais on a poussé trop loin l'analyse et il nous semble que les signes différentiels ont été exagérés. Nous allons, à notre tour, mettre en relief ce qu'elles ont de banal, et les ramener à la règle générale.

... Ainsi, poursuit-il, la paralysie saturnine pourrait affecter *tous* les muscles volontaires avec une moindre fréquence mais avec la même intensité que les autres paralysies toxiques. Comme dans ces dernières, les muscles de la face sont encore ceux qui semblent jouir de l'immunité la plus grande.

... Nous avons dit que les paralysies saturnines avaient été classées à part, sous prétexte qu'elles ne sont que motrices et jamais sensitivo-sensorielles. Il est certain que l'immense majorité des observateurs ont signalé la persistance de la sensibilité électro-cutanée. Mais si la sensibilité proprement dite est conservée, il n'en est pas moins vrai que les réflexes tendineux sont abolis de très bonne heure... Mais il existe dans le saturnisme à forme paralytique des troubles variés de la sensibilité et très analogues à ceux qui accompagnent les autres paralysies toxiques.

Faisant le diagnostic général des paralysies toxiques, il dit : « De deux choses l'une, nous savons qu'un poison a été absorbé ou nous l'ignorons. Dans le premier cas l'adage : *post hoc, ergo propter hoc*, se trouve le plus souvent confirmé. Cependant il y a des circonstances, à la vérité exceptionnelles, où une erreur est encore possible. Tel est le cas de la paralysie radiale *a frigore* qui peut se produire chez un malade saturnin, tout aussi bien que chez un sujet sain et qu'on pourrait, au premier abord, attribuer à l'influence toxique du plomb... ».

Nous avons dit que la paralysie radiale saturnine pouvait à la rigueur, intéresser aussi les muscles supinateurs. Dans ce cas le diagnostic est à coup sûr malaisé.

... Le diagnostic est encore plus difficile, lorsque des symptômes d'encéphalopathie s'ajoutent aux diverses manifestations de la névrite périphérique. Dans une observation de Pierre Marie, il s'agit d'un peintre en bâtiments, qui ne présente pas le liseré de Burton, qui n'a jamais eu de coliques saturnines, et qui éprouve depuis un mois un certain embarras dans la parole, très analogue à celui de la paralysie générale progressive. Tous les muscles du corps sont affaiblis. Partout la sensibilité est amoindrie. Les deux champs visuels sont rétrécis. Par moment, le

malade ressent des secousses dans les membres et parfois se met à trembler. Enfin, les extenseurs des doigts des deux côtés sont parésiés sans atrophies. N'est-on pas en droit de se demander si cette paralysie n'est pas d'origine centrale ? Ne semble-t-il pas qu'elle dépende du même ensemble de troubles encéphaliques qui a produit l'embarras de la parole, l'asthénie générale, le rétrécissement des champs visuels ? N'est-t-il pas possible que cet homme tout exposé qu'il soit au saturnisme, commence une périencéphalite diffuse ? Et, en vérité, puisqu'il n'a jamais eu de coliques et qu'il ne présente pas de liséré pathognomonique, quelle preuve avons-nous que la paralysie légère de ses extenseurs soit d'origine toxique ? »

« La combinaison de deux intoxications capables chacune d'engendrer des paralysies, constitue encore une difficulté de diagnostic qu'on rencontre assez souvent à l'hôpital. « Pour être saturnin, a-t-on dit, on n'est pas moins homme, » c'est-à-dire que le plomb ne garantit pas contre l'alcoolisme. Au contraire, la cachexie saturnine favorise et hâte les accidents de toutes les intoxications et *vice versa* ». M. le Pr Brissand parle aussi d'un malade de Babinski, atteint d'une parésie des quatre membres et chez lequel il était assez difficile d'établir la part de responsabilité respective de l'alcool et du plomb.

Les exemples, ajoute-t-il, pourraient être multipliés.

Il faut de plus, pour pouvoir affirmer l'origine réellement professionnelle d'une névrite saturnine, écarter toutes les causes d'intoxication saturnine alimentaire qui ont été signalées et auxquelles souvent on est loin de songer.

Quant aux accidents chroniques qui, par leur réunion, constituent la cachexie saturnine : anémie progressive, néphrite, goutte, artériosclérose, à l'exception de la goutte, ils réserveront aussi bien des difficultés car ils n'ont rien

de bien caractéristique. Renaut, en 1875, s'exprimait ainsi à ce sujet : « Un individu s'est empoisonné par le plomb à une époque déjà reculée ; il a présenté des accidents saturnins, mais ils ont été méconnus ; il est cependant arrivé à la période de cachexie anémique ; parfois, surtout s'il a cessé la pratique cause de l'empoisonnement, il n'offre plus de liséré saturnin. C'est un homme anémique dont la peau présente une teinte ictéroïde plus ou moins prononcée, amaigri, ne mangeant plus ; ses mains tremblent, ses membres sont grêles et impuissants ; il n'est pas paralysé, mais parésique... Comment reconnaître le saturnisme chronique ? Evidemment, les commémoratifs révélés par un interrogatoire bien dirigé, pourront seuls, dans des cas pareils, mettre sur la voie du diagnostic.

Des difficultés souvent aussi grandes, poursuit-il, peuvent se produire quand il existe une complication de saturnisme, qui, soit en masque les symptômes, soit reste méconnue quand on a appris que l'individu est saturnin. Il est, par exemple, souvent difficile de faire chez les saturnins alcooliques, la part de l'empoisonnement par le plomb et celle de l'empoisonnement par l'alcool.

Le tremblement alcoolique diffère-t-il d'une façon typique du tremblement saturnin parce qu'il se produit le matin ? parce que le tremblement plombique se produit le soir ? Ce sont là des distinctions qu'il faut craindre de formuler car elles trompent le clinicien... La difficulté est grande quand il s'agit de dire si un saturnin est mené à la paralysie générale progressive par le plomb ou par l'alcool. Ordinairement, les deux facteurs se composent, mais il n'y a pas là de signes différentiels à proprement parler. »

Nous reproduisons enfin les conclusions générales du professeur Renaut : « Le plomb agit lentement sur les

organes et les tissus..., il semble déterminer une véritable action d'arrêt sur la vitalité même des éléments anatomiques ; les stéatoses multiples se produisent... Ainsi procèdent les intoxications chroniques, l'alcoolisme par exemple. Ce qui en distingue surtout l'intoxication métallique, c'est la durée de l'imprégnation toxique qui doit être nécessairement prolongée. Mais, la succession des accidents, leur gravité croissante, les lésions des éléments des tissus succédant aux réactions passagères des appareils d'organes, tout est parallèle dans les intoxications chroniques.

Le propre de ces empoisonnements lents n'est pas seulement d'agir sur l'individu et pour le présent mais aussi dans l'avenir et sur sa postérité. »

Lewin a insisté sont particulièrement sur cette conséquence de l'intoxication saturnine. Mais, ici encore, la cause exacte des accidents sera bien souvent difficile à caractériser d'une façon indubitable.

Quant à l'anémie saturnine, combien de fois n'hésitera-t-on pas à la rapporter à sa véritable cause ? La question de l'hystérie saturnine réservera sans doute aussi bien des surprises. Que dire aussi d'autres manifestations moins typiques, telles que les myalgies et les arthralgies par exemple. « Nous sommes obligés d'avouer, dit M. le Pr Thoinot, que le plus souvent le problème est scientifiquement insolubre. »

Importantes pour le clinicien, ces questions ne le sont pas moins pour nous, puisque nous touchons pour ainsi dire du doigt maintenant les difficultés que l'on pourra rencontrer quand on sera obligé de déterminer la filiation d'accidents analogues survenus chez les ouvriers du plomb, alors même qu'il ne resterait aucun doute sur les antécédents saturnins de ces malades, puisque dans certains cas

les rapports entre ces divers états pathologiques sont difficiles sinon impossibles à établir. Dans d'autres cas, ils sont moins difficiles à mettre en lumière, mais on n'a pas l'habitude, en général, de les rattacher les uns aux autres. Enfin, dans de nombreuses circonstances, on a affaire pratiquement non pas à des cas schématiques comme ceux qui sont décrits dans les Traités, mais à des formes frustes ou, au contraire, à des formes compliquées qui ne laisseront pas que de donner souvent matière à contestations.

§ 2. — Arsenicisme.

A propos de l'arsenicisme, le docteur Bourges constate que aucun des accidents ne présente de caractère bien spécial permettant de le rapporter sûrement et *a priori* à l'action de l'arsenic.

Il n'y a pas d'accident spécifique, pas de symptôme révélateur.

Dans les cas d'intoxication arsenicale, les urines, les matières vomies ou les selles diarrhéiques contiennent souvent le poison et on pourrait en déceler la présence par l'analyse chimique. Mais le phénomène est inconstant surtout lorsque l'absorption du poison a déjà cessé depuis un certain temps.

Dans 2 cas sur 3 de G. Brouardel, il fut impossible de retrouver le poison dans les urines. Par contre, on pourrait le trouver dans les urines de sujets ayant été exposés à des inhalations arsenicales, mais ne présentant aucun signe d'intoxication ou dans celles des personnes récemment soumises à une médication arsenicale.

Enfin, dans l'intoxication suraiguë où l'appareil symptomatique est assez spécial, il n'y a pas encore de caractères absolument spécifiques. Cependant, les accidents

succèdent très rapidement à l'absorption du poison, il paraîtrait assez aisé de faire entre eux un rapprochement de cause à effet.

Malheureusement, dans la plupart des cas, l'intoxication est dûe à l'impureté des matériaux employés au cours des manipulations d'une industrie qui, habituellement, ne fait aucun usage d'arsenic, et, par suite, l'intervention du poison peut n'être même pas soupçonnée. Bourges cite ainsi des phénomènes d'intoxication arsenicale suraiguë qui ont été pris pour une maladie infectieuse, pour un ictère grave par exemple (cas de Karajan, cité par Tardieu).

Dans l'intoxication chronique, il est encore bien plus difficile de rattacher par le diagnostic les accidents à leur cause. Les troubles digestifs ou respiratoires se confondent avec ceux que l'on constate dans une foule d'affections banales (embarras gastrique, coryza, laryngite, rhume, grippe). La variété et le polymorphisme des éruptions cutanées leur enlèvent tout caractère spécifique.

Dans les *paralysies*, les symptômes sont ceux de toutes les névrites périphériques. Il suffit de rappeler à ce sujet l'épidémie de paralysies qui se montra en Angleterre en 1900 chez les buveurs de bière, à Manchester et à Salford. Pendant des mois, les médecins de la contrée attribuèrent ces paralysies à l'alcoolisme ; on ne pensa à l'arsenic que lorsqu'on sut que dans ces bières, le malt était remplacé par du glucose obtenu au moyen d'acide sulfurique impur. On voit combien il est difficile d'établir avec certitude l'origine arsenicale d'une paralysie.

La cause de la néphrite chronique et de la cachexie arsenicales ne peut être soupçonnée que par les antécédents du malade.

Quant aux accidents produits par *l'action directe* de l'arsenic sur les téguments, ils constituent des lésions

éruptives banales. Leur siège et leurs caractères physiques les font confondre aisément avec des lésions syphilitiques (Follin).

Cependant, le caractère récidivant de ces affections locales, leur disparition par le seul fait que le contact avec les préparations arsenicales est interrompu, leur retour lorsque l'ouvrier reprend ses manipulations professionnelles pourrait permettre dans quelques cas, éclairés par la connaissance précise des antécédents, d'assurer le diagnostic.

§ 3. — Pneumokonioses.

Les pneumokonioses ne présentent pas moins de sujets d'erreur. Sur quoi se basera-t-on pour affirmer le diagnostic ?

S'il s'agit d'un ancien mineur, pourra-t-on, si l'on se trouve en présence de la phtisie, parler de phtisie anthracosique ?

Peu de questions ont été aussi discutées. On a décrit trois formes d'anthracose :

1° Une imprégnation du poumon qui n'est que l'exagération de ce que l'on trouve habituellement chez l'homme sain et qui ne présente pas de symptômes morbides appréciables ;

2° Un état plus grave qui s'accompagne de crachements noirs avec des symptômes rappelant la bronchite avec emphysème ;

2° Un degré encore plus avancé de cette maladie avec cachexie, marasme, sueurs nocturnes, cavernes aux poumons, en un mot tous les aspects de la phtisie.

L'anthracose est considérée habituellement comme une entité morbide présentant des symptômes qui rappellent la

bronchite, l'emphysème avec accompagnement de crachats noirs. Mais, disent Béra et Oberthür, il y a là une confusion regrettable et l'on ne décrit pas autre chose sous ce nom d'anthracose que les bronchites, les pneumonies chroniques avec emphysème qui atteignent le mineur. Tous les médecins des houillères savent bien que l'anthracose n'est qu'un fait anatomique, un signe d'identité professionnel : ce n'est qu'une exagération de l'état physiologique causé uniquement par la respiration dans un milieu plus riche en poussières.

Il paraît, dit Béra, contraire à l'esprit scientifique ainsi qu'aux faits cliniques, de décrire sous le même nom d'anthracose, aussi bien un état des poumons qui ne se révèle par aucun phénomène stéthoscopique particulier, qu'un certain nombre d'affections chroniques dont les symptômes diffèrent de l'une à l'autre et qui répondent à des entités morbides bien connues.

Quand ces affections se rencontrent dans d'autres professions, on leur donne simplement les noms de bronchite chronique, de pneumonie chronique, d'emphysème.

En résumé, conclut-il, l'anthracose telle qu'on la décrit habituellement comme maladie professionnelle des mineurs n'est autre chose qu'une bronchite chronique accompagnée de plus ou moins d'emphysème. Elle n'a pas de symptômes propres. Ce sont ceux de ces affections ci-dessus désignées ; et ce n'est pas sur l'existence du crachement noir que l'on peut se baser pour établir le diagnostic d'anthracose comme entité morbide. En effet, tous les mineurs pendant qu'ils travaillent, crachent et mouchent noir ; mais viennent-ils à quitter la fosse, au bout de quelques jours, cette expectoration cesse bientôt. On en voit un bel exemple chez les mineurs qui font leur service militaire.

D'autre part, les mineurs jeunes qui font une maladie

aiguë, ne présentent pas le crachement noir. Celui-ci ne se voit que chez les mineurs d'un certain âge qui ont une affection aiguë, une pneumonie par exemple, quand leur poumon profondément atteint subit une altération de ses éléments anatomiques. Mais si l'affection guérit radicalement, les crachats colorés disparaissent au fur et à mesure que l'auscultation révèle le retour à l'état normal. « Donc, conclut Béra, si l'on appelle anthracose une affection des poumons chez le houilleur, parce que le crachement est noir, on risque fort de se tromper. » Et plus loin il ajoute : « Il ressort donc de cette étude que des deux premières formes d'anthracose, la première seule, l'imprégnation par le charbon du parenchyme pulmonaire qui est une modification de l'état anatomique du poumon paraît devoir subsister ; la seconde se confond avec d'autres états bien connus. »

Quant à la troisième forme dont les symptômes se rapprochent de la phtisie, c'est le *Black Phtisis* des Anglais.

Riembault et Crocq ont été les deux champions les plus convaincus de l'encombrement charbonneux allant jusqu'à la phtisie. Mais il s'en faut beaucoup que tous les médecins des houillères aient accepté cette manière de voir.

Bien peu maintenant croient à l'existence d'une phtisie professionnelle et M. le Dr Tripier, de Lyon, a montré en 1884, en s'appuyant sur de nombreuses observations que presque toujours les cavernes attribuées à l'anthracose étaient dues uniquement à la fonte des noyaux tuberculeux. Il battait ainsi en brèche les idées de Riembault et de Crocq.

La tuberculose se comporte avec l'anthracose absolument comme la pneumonie chronique ; « la poussière de houille, dit Oberthür, citant Kuborn, est impuissante à

faire naître la phtisie pulmonaire et même à favoriser le développement de granulations préexistantes, à hâter le développement des phénomènes de la phtisie.

Si le poumon présente des granulations et des cavernes, la pénétration du charbon se fait plus facilement dans ce tissu malade ; la poussière pourra tapisser les parois de la caverne où elle formera avec la matière caséeuse un putrilage noirâtre. Les poussières charbonneuses, non irritantes, aseptiques, pourront même, dans certains cas, provoquer une cicatrisation fibreuse des parois de ces cavernes, et on s'aperçoit assez facilement qu'on ait pu, dans des cas semblables, trouver dans des poumons des cavernes non bacillaires.

Il est donc facile à comprendre qu'à cet aspect particulier, l'imprégnation noire, changeant la morphologie habituelle, on ait décrit de telles cavernes comme des cavernes anthracosiques.

Enfin, comme le fait remarquer Oberthür : « une autre preuve qui milite en faveur de la nature tuberculeuse de ces cavernes c'est que, partout où l'on a décrit des cas de cette phtisie noire, la phtisie commune sévissait en proportion. En Angleterre, dans le pays de Galles qui a vu éclore ce que nous croyons pouvoir appeler la légende de la phtisie anthracosique, la phtisie commune était à cette époque très répandue dans les classes charbonnières. »

Actuellement, grâce à l'hygiène meilleure, la phtisie y est devenue beaucoup plus rare ; aussi les médecins constatent-ils maintenant la non existence de la phtisie anthracosique.

« Dans le district de Byrnamman-Carnathenshire, dit le docteur Lewis, les mineurs sont remarquablement exempts de la tuberculose. . . .

L'anthracose en elle-même n'est pas une maladie, mais une modification de l'état anatomique du poumon. »

Cependant la question n'est pas encore résolue.

Le docteur Oliver conclut de sa récente étude de la phtisie des mineurs que :

La phtisie des mineurs est une maladie professionnelle causée par l'action irritante des poussières dont l'effet est de développer des inflammations répétées. Elle n'est pas tuberculeuse, non seulement au début, mais elle peut rester non tuberculeuse pendant toute sa durée.

Quand on y constate des tubercules, ceux-ci sont dûs à une infection accidentelle qui, tout en hâtant la fin, n'exerce aucune influence bien marquée sur les altérations de structure préexistantes causées par les poussières, si ce n'est qu'elle produit une certaine tendance à la désintégration.

Certains anatomo-pathologistes, comme M. Letulle, croient à l'existence possible de cavernes purement anthracosiques, tout en admettant la rareté de ces faits.

En Allemagne, on admet bien l'action du charbon sur l'emphysème et la bronchectasie, mais on repousse généralement la production de cavernes anthracosiques.

Il nous semble impossible à admettre, dit Oberthür, qu'on réunisse les cas de ce genre, des bronchites et broncopneumonies chroniques, auxquelles les mineurs sont sujets, pour en faire une maladie particulière aux houillères, causée uniquement par le charbon qu'ils respirent.

Ces ouvriers peuvent présenter, comme les autres, de la bronchite, de l'emphysème, de la tuberculose pulmonaire ; leur poumon une fois atteint, le charbon pourra y pénétrer plus facilement ; la coloration de leurs organes respiratoires sera plus foncée. Mais que l'anthracose à elle seule soit une cause déterminée, ou même qu'elle soit la cause initiale de ces affections, nous ne pouvons l'accepter en aucune façon.

« Il n'y a pas de maladie spéciale professionnelle que l'on puisse appeler anthracose ou phtisie anthracosique, pas plus qu'il n'existe une maladie professionnelle et définie qui s'appelle l'anémie des mineurs. »

Des lésions diverses, produites par la respiration dans un air désoxygéné, par les ascensions pénibles, par les refroidissements, par la tuberculose, ne peuvent pas davantage être groupés sous l'étiquette d'anthracose, que des intoxications par gaz sulfurés, des asphyxies lentes, du surmenage, du rhumatisme, de l'helmintiase, de l'anémie vraie ne peuvent être confondues sous le même titre d'anémie des mineurs. »

Il semble plus conforme à la vérité de réserver l'expression d'anthracose houillère pour désigner l'état du poumon particulier au houilleur, aussi bien quand ses voies aériennes sont saines que lorsqu'elles sont touchées par la maladie et que l'imprégnation de son tissu pulmonaire par le charbon que chez les autres individus.

L'anthracose houillère est un signe d'identité professionnelle et non une maladie. C'est aussi la conclusion à laquelle aboutit le docteur L. Béra.

M. Courtois-Suffit, dans son rapport, commence par déclarer qu'il ne faut pas songer à décrire minutieusement toutes les variétés de pneumokonioses, car les unes sont fort rares et les autres sont mal connues. Il limite son étude à l'anthracose, qu'il prend comme type, à la sidérose et à la chalicose.

Il fait d'abord remarquer que *tous les poumons sont normalement marbrés de noir* et qu'*en réalité il y a une anthracose physiologique*. L'infiltration, dit-il, est longtemps compatible avec le fonctionnement de l'organe Mais dès que l'accumulation des poussières est trop grande, la période de tolérance cesse, des lésions se développent, les

malades très oppressés se mettent à tousser et tombent dans une cachexie progressive. « Alors se trouve constituée la *Black Phtisis* des auteurs anglais, admise par Proust. »

Il admet l'existence, dans les degrés les plus avancés de la maladie, de véritables ulcérations caverneuses, de « cavernes anthracosiques, généralement de petites dimensions, contenant un putrilage noir, siégeant entre les points les plus divers du poumon. »

Les signes de l'anthracose pathologique apparaissent d'ailleurs très tardivement. Avant d'arriver à cette première période de l'affection, Courtois-Suffit admet aussi que l'ouvrier atteint a d'abord présenté de la fatigue, un état de malaise général, de l'oppression naissant et s'accroissant au moindre effort ; puis est survenue la toux quinteuse et fatigante, bientôt accompagnée d'une expectoration noirâtre.

Ce *crachat noir est pour lui le signe caractéristique de cette période* ; « dès qu'il se rencontre à l'état permanent, il acquiert une grande valeur séméiologique. » Ces phénomènes se traduisent à l'auscultation par de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, par de l'exagération du retentissement vocal et par l'existence de râles vibrants et ronflants disséminés dans toute la poitrine.

Bientôt, l'affection continuant à évoluer, l'état général commence à s'altérer ; le malade maigrit, son teint devient terreux, il se plaint d'une oppression presque continue et, à son expectoration tout à l'heure noire seulement, se joint le rejet de crachats muco-purulents et parfois même légèrement teintés de sang.

Dans la troisième période l'anémie et la consomption augmentent. « C'est la phtisie avec son cortège habituel de signes locaux et généraux, et c'est peu après, inévitablement la mort.

La *chalicose* évolue à peu près de la même façon. M. Courtois-Suffit admet les trois formes décrites par Paté.

Quant à la *sidérose* elle est plus rare et plus mal connue au point de vue clinique. Il est probable, dit-il, que « son évolution est assez analogue à celle de l'anthracose. »

Etudiant enfin la « pneumonie à scories » il s'exprime ainsi : « Les pneumonies à scories présentent en réalité le même appareil symptomatique que les pneumonies lobaires banales ; les signes que l'on donne comme caractéristiques de cette variété d'expectoration des poumons sont peu spécifiques. Les crachats n'auraient pas la teinte rouillée de l'expectoration ordinaire de la pneumonie ; « ils auraient souvent une teinte grisâtre, surtout dans les premiers jours et l'albuminurie serait très fréquente. En réalité, conclut-il, tous ces signes, hormis peut-être l'expectoration, n'ont rien de caractéristique. »

Interprétant ces faits peu précis puisqu'il n'y a dans ces différentes affections aucun signe pathognomonique, il cherche à en tirer cependant des « conclusions précises et surtout pratiques. »

Tout le débat se résume, dit-il, dans la question suivante :

Peut-on dire avec Proust : « Il faut admettre une affection qui, produite au début par l'accumulation de poussières de charbon, mérite bien le nom de phtisie charbonneuse quand le poumon se creuse de cavités par la fonte de noyaux charbonneux ? Ou bien faut-il envisager de façon moins simpliste la pathogénie des différentes pneumokonioses et dire que l'inhalation de poussières n'est qu'une cause purement occasionnelle et ne fait que préparer le terrain et ouvrir, en quelque sorte, la porte aux infections extérieures ? Alors, il n'existerait ni bronchites, ni phti-

sies, ni scléroses anthracosiques, mais seulement des lésions streptococciques, bacillaires, chez des sujets anthracosiques », M. Courtois-Suffit estime que cette discussion est oiseuse et qu'elle ne doit pas être prolongée.

Il suffit, pour lui, de prouver que les ouvriers qui travaillent dans certaines conditions sont soumis à une sorte de traumatisme respiratoire et qu'ils peuvent en être malades ou même en mourir. « Peu importe que ce soit directement ou indirectement que les poussières, par leur inhalation répétée, produisent à elles seules, ou que seulement elles favorisent le développement des lésions pulmonaires, le résultat n'est-il pas le même ? Et n'est-ce pas ce résultat seul qui doit nous occuper ? »

Il est d'autant plus utile d'être fixé sur les effets de l'inhalation continue des poussières, que, d'après l'opinion courante (c'est d'ailleurs le seul point sur lequel on soit d'accord), si les ouvriers suspendent leur travail dès le début de leur mal, ils peuvent guérir complètement, tandis que s'ils continuent leur métier ils tombent dans la cachexie et succombent après une période plus ou moins longue.

Mais « est-il possible en pratique de faire un diagnostic exact ? » Courtois-Suffit estime que, s'il est difficile, ce diagnostic n'est certainement pas impossible, car on ne pourrait le confondre qu'avec la tuberculose pulmonaire. Mais, aussitôt, il fait des réserves : au début de la maladie, l'hésitation est permise. Plus tard, quand le malade crache, quand le poumon est creusé de cavités, le diagnostic est relativement simple, car s'il s'agit de tuberculose on trouve des bacilles de Kock. Tout cela serait très simple, en effet, si l'affection se présentait toujours à l'état pur. Malheureusement souvent les deux maladies sont associées. Dans ce cas, dit-il, « c'est encore l'examen des crachats qui fera

faire le diagnostic en démontrant la coexistence des bacilles de Kock et des leucocytes porteurs de grains de poussières.

De toute cette étude il conclut : 1° que les poussières constituent pour l'ouvrier un danger auquel il faut remédier par la mise en vigueur de mesures prophylactiques rigoureuses; 2° que, dès que la maladie est constituée et que le diagnostic est dûment établi à l'aide des moyens indiqués, on est en droit de l'assimiler à un accident du travail entraînant une incapacité permanente et complète.

M. Courtois-Suffit conclut donc franchement en faveur de l'assimilation. Cependant il n'existe en général aucun signe certain permettant de rattacher l'affection observée chez l'ouvrier à sa cause et souvent l'affection, comme nous l'avons déjà fait remarquer, est associée à la tuberculose.

D'ailleurs, si nous écoutons M. Claisse, qui a fait avec M. O. Josué, sur le sujet qui nous occupe, des expériences devenues classiques, la question est loin d'être aussi simple.

Après avoir fait l'historique de la question, M. Claisse s'exprime ainsi : « De cette longue série de recherches, le problème histologique se dégage en toute clarté : les poussières peuvent cheminer dans le poumon et s'y fixer. Mais le contact avec la cellule est-il inoffensif? Ne sont-elles que des hôtes de hasard ou bien n'entraînent-elles pas des modifications organiques? Les diverses lésions que l'on peut rencontrer chez les sujets farcis de poussières sont-elles de simples coïncidences ou représentent-elles les effets polymorphes d'une irritation locale? Cette question est déjà posée par Bayle et Laënnec : pour eux, la poussière ne fait que préparer la phtisie banale. Peu à peu la doctrine inverse gagne du terrain. Elle semble être définitivement consacrée par les leçons de Charcot. Mais,

aujourd'hui, de nouveaux arguments se présentent et, de rechef, l'action pathogène directe des poussières est mise en doute ; l'existence d'affections spécifiques dues au charbon, au fer, etc., est contestée, et l'on en revient à cette idée que *les poussières n'ont pas d'action spécifique sur le poumon*, mais se bornent à préparer des lésions banales. Il semble même que, dans l'avenir, le chapitre des pneumokonioses, s'il est maintenu dans un traité d'hygiène, doive perdre sa place dans un traité de pathologie où le rôle des poussières serait étudié à propos de l'étiologie des infections aiguës et chroniques du poumon. »

Passant ensuite à la physiologie pathologique de l'affection, il parle de « l'infiltration physiologique à laquelle personne n'échappe et qui n'entraîne aucun trouble de la santé. » Mais cette infiltration peut devenir normale et pathologique. « Elle est rendue anormale et pathologique par des causes intrinsèques et extrinsèques. » On peut considérer, dit M. P. Claisse « comme cause *extrinsèque* de pneumokoniose la proportion anormale de poussières que respire l'ouvrier dans toutes les professions où la production des poussières est grande. Les *causes intrinsèques* qui favorisent l'infiltration pulmonaire sont toutes les tares locales capables d'entraver la filtration de l'air, par exemple, toutes les lésions nasopharyngiennes qui font respirer la bouche ouverte, végétations adénoïdes, polypes, etc. La suppression complète de cette filtration, à la suite de la trachéotomie, est cause d'une pneumokoniose rapide, ainsi que l'a montré Balzer.

Si les poussières franchissent le larynx et parviennent aux bronches, leur sort est variable selon la longueur de leurs étapes terminales. Celles qui échouent sur la paroi des grosses bronches sont englobées dans le mucus qui les

lubréfient, brassées par les cils vibratiles ; la masse ainsi formée peut devenir assez pesante pour provoquer une gêne spéciale d'où résulte la toux, l'expulsion définitive. Si elles échouent au niveau des fines bronches et dans l'alvéole, elles sont englobées par de grosses cellules, les cellules à poussières, dont l'action est presque immédiate, comme on peut le vérifier expérimentalement. Sortant ensuite des cavités aériennes, la plupart englobées dans ces cellules, quelques-unes libres, les poussières pénètrent, à travers la mince barrière épithéliale, dans le parenchyme du poumon. Là, un bon nombre reste indéfiniment implanté dans des éléments fixes, constituant un véritable tatouage du poumon. La plupart sont éliminées par les lymphatiques, gagnant les ganglions du hile ; à ce niveau s'accomplit un nouveau partage, certaines poussières y trouvant un asile définitif, d'autres en ressortant pour aboutir au canal thoracique.

Cette migration se fait sans aucune réaction locale, comme un phénomène régulier, normal ; l'élimination des poussières semble être un fait physiologique plutôt qu'une réaction accidentelle. *Aussi peut-il sembler étrange que ces poussières de charbon, dont la circulation dans le poumon des animaux d'expérience ne détermine aucune lésion, soient capables de produire chez l'homme les lésions graves décrites à propos des pneumokonioses.* D'ailleurs, si l'on examine ces lésions, on y trouve sous leurs différentes formes, depuis la simple congestion vasculaire avec diapédèse jusqu'à la sclérose, des altérations que nous sommes en droit, actuellement, d'attribuer à l'infection. *On arrive ainsi à considérer ces lésions non pas comme le résultat direct, mais comme la conséquence indirecte des pneumokonioses ou parfois même comme de simples coïncidences.*

Lorsque les poussières arrivent en quantités anormales dans les voies respiratoires, elles *peuvent déterminer une irritation locale traumatique qui prépare et favorise à ce niveau la culture des microbes.* Elles jouent le rôle de corps étranger et sont ainsi une cause d'infection locale. Il peut se faire que ces poussières soient bactérifères, apportant elles-mêmes les germes pathologiques, *mais les opérations d'irritation mécanique et d'infection ne sont pas forcément associées et simultanées.*

Si la cause d'irritation est prolongée, comme cela se produit dans nombre de professions, la lésion dépasse la paroi, gagne le parenchyme, s'établit à demeure : à l'irritation traumatique chronique correspond une infection sinon chronique, du moins indéfiniment renouvelée, et par suite une lésion chronique. »

P. Claisse ajoute : « Cette conception nouvelle des pneumokonioses à laquelle aboutit l'enquête expérimentale est confirmée par l'enquête clinique d'Oberthür. On arrive ainsi à modifier le sens même du mot pneumokoniose, qui ne devrait servir qu'à désigner la série de phénomènes physiologiques résultant de l'introduction de poussières dans les voies aériennes et non pas les troubles organiques qui peuvent y être associés. L'anthracose pulmonaire signifie : l'infiltration du poumon par le charbon et non pas : affection du poumon chez les sujets farcis de charbon. *Il n'existe pas de bronchites, phtisies, scléroses anthracosiques, sidérosiques, etc., mais des lésions streptococciques, bacillaires, etc., chez des sujets anthracosiques, sidérosiques, etc.*

Plus loin P. Claisse ajoute encore : au point de vue anatomo-pathologique, entre l'anthracose dite physiologique et celle qu'on qualifie de pathologique, il nous semble bien difficile de tracer une limite. On peut observer toutes les nuances...

Dans les anthracoses anciennes et professionnelles, la teinte noire est parfois si prononcée que le poumon semble être un bloc de charbon. *Cela n'implique pas forcément de graves lésions concomitantes...* La répartition de poussières dans les poumons n'est pas toujours égale et uniforme. *Elle est influencée par les diverses altérations aiguës et chroniques de l'organe, qui, d'une façon générale, semblent être des points d'appel de pneumokoniose.* Parfois l'augmentation partielle n'est qu'apparente : quand le sujet a succombé à une broncho-pneumonie, on rencontre des blocs plus foncés, semblant particulièrement chargés en poussières : mais l'insufflation fait disparaître cet aspect spécial, conséquence de l'atélectasie, de la condensation alvéolaire : c'est ainsi qu'une gravure est plus ou moins noire suivant l'écartement des hachures.

C'est surtout dans les affections chroniques du poumon que l'on rencontre des pneumokonioses en foyer, des amas réels de poussières. Tantôt celles-ci s'étalent en longues bandes, suivant un tractus fibreux grisâtre qui les segmente en îlots, tantôt elles forment au niveau du hile de larges taches arrondies qui ne sont que des ganglions infiltrés. Le mélange de sclérose et d'anthracose est si intime que la relation de causalité semble toute naturelle : mais nous avons exposé les raisons qui nous permettent de *combattre cette opinion et de rejeter l'existence de pneumonies chroniques, de scléroses anthracosiques.* Qu'il nous suffise de constater que c'est en particulier dans ces poumons scléreux que se rencontrent les pneumokonioses diffuses intenses où le poumon est transformé en un bloc noir compact et résistant ; quant aux lésions chroniques du poumon, elles ne doivent pas être décrites au chapitre : « Pneumokoniose. » On peut trouver dans ces poumons scléreux et anthracosiques des cavernes de diverses natures,

Tantôt, il s'agit de cavernes dont la nature tuberculeuse est prouvée par l'existence d'autres lésions voisines et par l'examen microscopique. Mais, dans d'autres cas, on voit, soit au sommet, soit dans un point quelconque du poumon des cavités vides ou remplies d'un magma charbonneux plus ou moins dense et n'offrant pas l'aspect habituel des cavernes tuberculeuses : on admet, en général, que ce sont des cavernes anthracosiques.

L'existence d'une *phtisie anthracosique*, de lésions caséeuses directement liées à l'accumulation de poussières, ne nous semble pas plausible, mais cette partie du problème nécessiterait de nouvelles investigations anatomiques. La plupart des anciennes observations sur ce sujet n'ont pas de valeur démonstrative, parce qu'elles datent d'une époque où l'on ne pouvait faire la preuve de la tuberculose. Parmi les observations récentes il en est qui mentionnent la recherche du bacille sur lamelle et par inoculation avec résultat négatif. Mais ce fait même n'entraîne pas la conviction, car nous connaissons aujourd'hui l'existence de lésions caverneuses et gommeuses, non tuberculeuses, celles en particulier de la syphilis pulmonaire. Tous les processus nécrosants du poumon : tuberculose, syphilis, actinomycose, aspergillose, etc., sont capables de frapper de mort un bloc de poumon, détruisant les cellules qui le composent, mettant ainsi en liberté tous les éléments indélébiles, poussières de charbon entre autres. Ceux-ci resteront emprisonnés dans la coque fibreuse de la gomme, à moins qu'elle ne finisse par s'ouvrir dans une bronche et s'y vider.

La notion d'une phtisie spéciale, spécifique de chaque pneumokoniose, nous semble donc être à la fois peu rationnelle et inutule. Toute affection nécrosante est capable de produire un amas de charbon dans un poumon anthracosique.

Passant enfin à l'étude clinique, P. Claisse s'exprime ainsi : « Les considérants précédents nous dispensent de longs développements, puisque nous éliminons du sujet les affections chroniques, qu'on y rattache habituellement sous le nom de pneumonie anthracosique et de phtisie anthracosique.

Quand elles ne sont pas accompagnées de lésions accessoires, bronchites aiguës ou chroniques, emphysèmes, etc., les pneumokonioses n'ont aucune mauvaise influence sur l'économie. Nous avons vu des animaux, exempts de toute lésion surajoutée, conserver leur poids, leur santé habituelle pendant de longs mois, malgré une énorme infiltration charbonneuse, sans dyspnée, sans modification de l'hématose.

Quant à l'existence des *crachots noirs*, Claisse ajoute : « Tous les mineurs, pendant qu'ils travaillent toussent et mouchent noir. Lorsqu'ils restent quelques jours sans travailler, s'ils n'ont pas de lésions pulmonaires, cette expectoration noire cesse bientôt ; le fait est caractéristique quand ils font leur service militaire.

Quand ils sont atteints d'affections chroniques, ils rendent parfois des crachats noirs longtemps après avoir quitté la mine : c'est la conséquence naturelle de toute lésion ulcéreuse et nécrosante du poumon, mettant en liberté des granulations jusqu'alors enclavées dans les tissus. On conçoit même comment l'ouverture d'un foyer tuberculeux, syphilitique, dans une bronche, peut produire d'abondants crachats noirs, plusieurs années après cessation du travail. C'est ce phénomène qui a d'abord attiré l'attention des médecins anglais, Thourson, Matkellar, Cox, etc. et leur fit décrire une maladie spéciale aux mineurs, la *Block phtisis*, admise et décrite en détails par Riembault et par Crocq. L'existence de cette phtisie noire a été contestée

par Boëns-Boisseau, Kuborn, Tripier, Oberthür; *nous avons vu, en outre*, ajoute Claisse, *que l'analyse pathogénique permet de considérer les signes divers réunis sous ce nom comme appartenant aux diverses altérations chroniques du poumon, surtout de nature tuberculeuse.*

Quant aux signes décrits par les auteurs comme caractéristiques de la première et de la deuxième phase de l'affection, on les rencontre chez tous les individus fatigués, anémiés ou emphysémateux.

Claisse montre ensuite la divergence d'opinions des auteurs sur les rapports de l'anthracose et de la tuberculose. Cette association est-elle fréquente ?

Il est probable qu'à cet égard existent de grandes différences suivant la profession, suivant le milieu industriel, car les opinions extrêmes ont été défendues : quelques auteurs (Lombard, Hirt) soutiennent que l'absorption des poussières favorise le développement de la tuberculose ; mais la plupart des médecins de mines signalent au contraire la rareté de la tuberculose pulmonaire parmi les mineurs.

On s'est même demandé s'il n'existe pas un antagonisme, en quelque sorte, entre le charbon et le bacille tuberculeux. D'après Boulland, dont nous avons déjà cité l'opinion plus haut, cet antagonisme tiendrait non pas à la nature de la poussière inhalée, mais à la structure du poumon envahi.

Après toutes ces longues citations, que nous avons rapportées à dessein d'une façon complète, nous pouvons voir que les maladies à poussières ne seront pas faciles à assimiler à des accidents du travail. En effet, conclurons-nous avec Ollive et Le Meignen : sur quoi se basera-t-on le plus souvent pour affirmer le diagnostic ? Sur la présence dans les crachats des poussières maniées dans la profession et

sur l'absence du bacille de Koch ? Mais, comme le fait remarquer Claisse, le bacille de Koch n'est souvent décelé qu'après de nombreux examens et même, souvent, on n'arrive pas à le déceler. D'autre part, la fréquence de poussières dans l'expectoration s'observe même chez des individus à poumons absolument sains. Nous comprenons donc facilement qu'on ait rejeté l'anthracose du nombre des entités morbides, puisque le plus souvent il est impossible de faire, même sur la table d'autopsie, le diagnostic étiologique exact. Les pneumokonioses ne sont en somme qu'une sclérose, et si les autres formes de cette altération anatomique du tissu pulmonaire sont nombreuses, les signes par lesquels elles se dévoilent sont peu variés.

Paté, dans sa thèse sur la pthisie des faïenciers, thèse que nous avons déjà citée, nous apprend que la forme la plus fréquente de leur pneumokoniose est la forme emphysémateuse, ne se distinguant en rien de l'emphysème classique.

Triboulet s'exprime ainsi dans son article du *Traité de médecine* : « Il n'est pas un traité classique qui n'en fasse mention et l'on parle couramment des pneumonies chroniques par pneumokoniose. Eh bien, c'est là un chapitre de la pathologie des scléroses absolument sujet à révision. De ce que le tissu de sclérose se montre au maximum infiltré de particules de charbon par exemple, on en a cru devoir conclure que l'anthracose était le point de départ de réactions parenchymateuses aboutissant à la sclérose. Là, comme en bien des chapitres de pathologie, on a pris l'effet pour la cause.

Nous absorbons tous une infinité de particules solides. Nous en éliminons sans doute un grand nombre, mais un grand nombre aussi d'entre elles pénètrent ; or, cette pénétration se fait au maximum dans les points de moindre résistance, parmi lesquels le tissu scléreux ».

Plus loin il ajoute, après avoir rappelé les expériences de Claisse et Josué : « Il n'en reste pas moins que dans le poumon, comme dans tant de nos parenchymes, les corps étrangers, surtout à l'état de fine division, peuvent être tolérés, et s'il survient des lésions, elles sont dues non pas à l'action directe des poussières, mais bien à des processus infectieux surajoutés. Il serait utile de reviser l'anatomie pathologique des pneumokonioses humaines en employant les méthodes histo-bactériologiques modernes, car l'expérimentation montre qu'il ne doit pas exister de bronchites, phtisies, scléroses anthracosiques, sidérosiques, etc., au sens strict, mais des lésions streptococciques, tuberculeuses, etc., chez des anthracosiques, sidérosiques, etc.

L'influence des pneumokonioses sur l'évolution des états morbides est négligeable quand les poussières inhalées sont de très petites dimensions ; leur migration à travers la paroi alvéolaire et dans les tissus pulmonaires se fait alors sans incident. Au contraire, les poussières volumineuses, à surface anguleuse, peuvent se fixer dans les bronchioles ; leur histoire est alors celle des corps étrangers des voies aériennes ; le traumatisme local créé par leur présence prépare un terrain sur lequel vont se développer les microbes inhalés et produit ainsi des infections secondaires aiguës ou chroniques qui peuvent avoir une grande influence sur l'évolution d'un état morbide préexistant... Nous en arrivons donc finalement à rechercher ici, comme pour toutes les lésions chroniques de l'organisme, la cause initiale des phénomènes dans un élément surajouté, l'infection qui pourra agir par ses germes figurés, où, suivant les idées actuellement en cours, par leurs produits de sécrétion.

... Toutes les infections qui font la bronchite et la broncho-pneumonie sont de puissantes causes de sclérose

du poumon ; ce sont même les plus efficaces, et, en tout cas, les plus fréquemment observées.

... Et maintenant, ces deux choses étant mises en présence, une lésion, la sclérose, d'une part, une ou plus souvent, *des* infections, d'autre part, nous devons nous demander ; est-ce l'infection initiale spécifique, sont-ce les infections surajoutées qui interviennent le plus puissamment pour provoquer le désordre anatomique ?

Nous venons d'en apercevoir la possibilité. *Mais la preuve directe est souvent difficile à faire.* Citant ensuite Letulle, il continue ainsi : « De toutes les scléroses pulmonaires, les scléroses toxiques sont les moins bien connues. Il existe, en effet, une série assez importante d'intoxications chroniques, d'ordres divers, produisant dans l'intimité de l'organisme des lésions inflammatoires ou dégénératives très variées, parmi lesquelles l'inflammation chronique fibroïde du tissu conjonctif tient fréquemment la première place. Ce sont : les intoxications proprement dites, comme celles résultant de l'alcoolisme chronique, du saturnisme, de l'hydrargyrisme ; les toxi-infections, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne, l'impaludisme, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la syphilis, peut-être aussi le rhumatisme articulaire aigu ; les auto-intoxications comme celles qui résultent de la goutte, du diabète, des néphrites chroniques et des dyspepsies gastro-intestinales (arthritisme, herpétisme, etc.).

Les affections chroniques des différents émonctoires, le foie, le rein, la peau, semblent favoriser largement les scléroses par auto-intoxication.

« Pour ce qui est du poumon, qui est un émonctoire aussi, et non le moins important, les différents poisons, connus ou inconnus, circulant dans le sang et la lymphe, ou même s'éliminant par les voies respiratoires (alcools,

essences, ptomaïnes, toxines), jouent incontestablement le même rôle pathogénique qui leur est accordé au sujet de la pathologie du foie, du rein, de la peau, des centres nerveux et des nerfs périphériques.

Où la difficulté commence, c'est de savoir établir la part qui revient aux différents poisons dans un organe si communément affecté de lésions inflammatoires aiguës ou chroniques, c'est-à-dire d'infections locales, sclérosantes au premier chef.

Tout ce que l'on peut avancer se résume en quelques constatations associées à de nombreuses hypothèses... En dehors des cas fort simples, tout est vague encore. Les scléroses saturnine, diabétique et goutteuse du poumon n'ont, pour ainsi dire, rien de caractéristique. Elles se confondent au milieu de la lésion dominante, l'emphysème chronique généralisé, qui les efface ou les relègue au second plan. En outre, les inflammations infectieuses broncho-pneumoniques, pleuro-pneumoniques et vasculaires qui les accompagnent d'ordinaire, leur enlèvent à peu près toute individualité. »

Telle est l'étiologie dans toute sa complexité, conclut Triboulet.

La pathogénie n'est pas plus simple, d'autant plus que la tuberculose se sert de tous les modes pathogéniques.

Quant au diagnostic il est, dit-il, d'une façon générale, très difficile. Barth dit à son sujet : « Dans la clientèle privée, alors qu'on a pu suivre la maladie depuis le début et s'entourer de tous les renseignements, le diagnostic offre déjà bien des difficultés ; c'est bien autre chose à l'hôpital où on ne voit souvent les malades qu'à une période tardive. Pour répondre, il faut rechercher, et à maintes reprises, dans les crachats, le bacille de Koch, sans que son absence permette d'ailleurs de rejeter l'idée de tuberculose. »

De cette revue des maladies professionnelles, revue que nous aurions pu, sans aucun profit, étendre à toutes maladies classées dans le projet de loi comme susceptibles d'être assimilées aux accidents du travail, il nous faut retenir que, aucune d'entre elles, même parmi les affections bien connues et décrites dans tous les traités classiques, aucune, disons-nous, ne possède de symptôme réellement pathognomonique. On se représente donc les premières difficultés que rencontre le médecin et, par conséquent, le juge dont il sera l'inspirateur, dans l'application de la loi. Mais, si le diagnostic différentiel d'un état pathologique peut être si ardu, le diagnostic étiologique ne le sera-t-il pas souvent davantage ?

On parle souvent, disent MM. Ollive et Le Meignen, des intoxications, comme si la seule profession du sujet pouvait en être la cause. Le nombre des cas relevant d'une autre origine n'est cependant pas négligeable. En effet, d'après un relevé fait par ces deux auteurs sur les registres des hôpitaux de Nantes, dans la période 1892-1904, environ 16,50 % des malades entrés pour saturnisme dans les salles de l'Hôtel-Dieu, n'appartenaient pas à des professions réputées dangereuses. « On peut donc, ajoutent-ils, considérer comme un minimum cette proportion de cas non professionnels et il faudrait donc compter, pour être juste, parmi les saturnins professionnels, environ un sixième dont la maladie ne serait pas due au métier lui-même. » Ce serait évidemment, comme ils le font remarquer, une erreur de vouloir appliquer ces chiffres à toutes les intoxications professionnelles. « Si l'empoisonnement par le plomb est d'une fréquence relative, le surplus de carbone, l'aniline ne causent guère d'accidents dans la population civile. Mais si l'on en croit la statistique de la ville de Paris, les empoisonnements professionnels chroniques

autres que le saturnisme ne sont guère, par rapport à celui-ci, que dans la proportion de 1 à 5. »

Les difficultés auxquelles on se heurte sont donc grandes, mais elles seront encore beaucoup plus considérables dans la pratique, car l'exercice d'une profession insalubre ne constitue pas pour l'ouvrier une cause exclusive ou essentielle d'intoxication. Il est bien rare, en effet, qu'une affection chronique soit sous la dépendance d'une seule cause. Ordinairement, plusieurs facteurs se surajoutent et ce fait ne vient pas simplifier le problème. « Nous ne voulons pas, disent MM. Ollive et Le Meignen, parler de ces prédispositions encore mal connues, de ces idiosyncrasies, invoquées trop souvent pour cacher notre ignorance, qui font que tel individu est frappé huit jours après son premier contact avec le plomb, tandis que son compagnon de travail pourra manier impunément la céruse pendant des années. Nous n'avons pas davantage en vue le manque des précautions hygiéniques les plus élémentaires, qui rend certains ouvriers si vulnérables. Mais, précisément en ce qui regarde le saturnisme, et nous revenons toujours à cette intoxication, que l'on donne toujours comme le véritable type de la maladie professionnelle, les facteurs adjuvants jouent parfois un rôle capital. Certains individus imprégnés par le toxique, en font l'élimination presque normalement, pourrait-on dire, jusqu'au jour où un écart de régime vient troubler le jeu des défenses naturelles de l'organisme. On voit parfois, plusieurs années après la cessation du travail dangereux, la première manifestation apparaître à la suite d'un excès alcoolique. »

Dans toute maladie infectieuse, l'état de moindre résistance de l'organisme joue un rôle aussi important que l'introduction du germe. Tous les jours nous absorbons,

soit dans l'air respiré, soit dans les aliments ingérés, des milliers de micro-organismes infectieux ; qu'ils s'appellent bacilles de Koch, bacilles d'Eberth, staphylocoques ou pneumocoques, certains sont les hôtes habituels de nos cavités naturelles et ne deviennent vraiment dangereux que le jour où nous luttons mal avec eux. Envisager l'élément contagion seul serait donc illogique.

Dans le développement de la tuberculose en particulier, les questions de logement, d'hygiène corporelle, de surmenage, d'alimentation sont prépondérantes. Nous ne ferons que signaler la goutte saturnine, ou l'artério-sclérose et la néphrite, si communes dans les intoxications. Combien d'autres facteurs étiologiques peuvent intervenir dans le développement de ces états pathologiques ! »

Parmi ces facteurs, un des plus actifs et des plus souvent à incriminer est évidemment *l'alcoolisme*. Meillère, après les auteurs classiques, dit que : « Parmi les intoxications ayant une influence sur le saturnisme, l'alcoolisme tient évidemment la première place par sa fréquente association et la similitude de ses symptômes. Grisolle a remarqué le premier que les ouvriers sobres échappent au saturnisme. Archambault puis Potain insistèrent sur le rôle joué par la gastrite acide des intempérants ou des alcooliques dans la solubilisation et l'absorption des poussières plombiques. Combemale et François ont montré l'influence de l'alcool sur l'intoxication saturnine expérimentale.

Le *surmenage* a également une influence sur la marche générale du saturnisme et sur ses localisations. Les observations cliniques montrent que la paralysie atteint de préférence les muscles surmenés. Les expériences de laboratoire de Charrin et Carnot établissent que le poison se porte de préférence sur les régions traumatisées ou fatiguées. »

M. J. P. Langlois, de son côté, reconnaît que, dans de nombreux cas, le diagnostic étiologique présentera des difficultés insurmontables. Prenant des exemples tirés de l'intoxication saturnine, il dit que tel sera le cas de l'encéphalopathie, de la néphrite, de l'anémie ou de la goutte saturnines. Toutefois, en ce qui concerne la goutte, il est d'avis, avec M. le professeur Thoinot, qu'il ne faut pas hésiter à admettre la nature saturnine de la goutte « quand on la voit éclater chez un individu de la classe ouvrière qui est ordinairement à l'abri de la goutte vulgaire, et que cet individu est un saturnin avéré. »

« Il est de toute évidence, ajoute-t-il, que dans beaucoup de cas, l'intoxication saturnine n'est pas la seule en cause, et que d'autres facteurs tels que l'alcoolisme, la syphilis ou même simplement la vieillesse, viennent ajouter leur influence dans la production de la goutte, de la néphrite ou de l'artério-sclérose.

Si, même avec le saturnisme, qui présente des caractères si distinctifs, nous rencontrons des difficultés si considérables, dans la plupart des autres maladies professionnelles, le diagnostic étiologique est encore plus délicat, et dans le domaine des pneumokonioses, le problème devient presque insoluble. Les maladies causées par les poussières : charbon, fer, cuivre, calcaire, coton, farine, ne comportent aucun signe clinique pathognomonique, et même l'examen des crachats, surtout s'il est fait quelque temps après la cessation du travail incriminé, ne saurait permettre d'affirmer qu'il existe véritablement une relation de cause à effet entre les particules inhalées et la maladie constatée. Celle-ci est, en effet, presque toujours la tuberculose, et, étant donné la généralisation de cette maladie, malgré toutes les statistiques qui montrent l'influence exercée par certaines poussières sur le développement de cette affection,

il serait téméraire d'affirmer qu'un ouvrier, travaillant même dans les meules en grès, ne doit ses lésions pulmonaires qu'à son travail particulier. »

La Commission d'hygiène industrielle, dans son rapport général, constate aussi que l'âge, l'intempérance et diverses dispositions personnelles diminuent les défenses naturelles de l'organisme et facilitent ou aggravent les intoxications.

Au premier rang de causes d'affaiblissement de l'organisme se placent, comme nous le disions plus haut, l'alcoolisme et la tuberculose. C'est ce qu'ont bien montré Costes et surtout Georges Bourgeois dans sa thèse de 1904 : *Exode rural et tuberculose.*

En réalité il y a, en quelque sorte, un cercle vicieux, une intoxication en entraînant une autre et toutes deux se prêtant ensuite un mutuel appui.

Comment, au milieu de toutes ces causes de débilitation de l'organisme, comment au milieu de toutes les intoxications dont l'ouvrier est la victime dans les villes, arrivera-t-on à déterminer la cause véritablement officieuse d'une maladie.

Il y a là en germe, disent MM. Ollive et Le Meignen, toute une série de procès entre employeurs et employés. « Et souvent, disent-ils, les opinions provenant des sources les plus autorisées, seront en complète contradiction les unes avec les autres, suivant les idées personnelles ou les théories scientifiques. Ainsi : dans le procès relatif aux pneumonies à scories, les Tribunaux avaient à se décider entre deux thèses : l'une, faisant jouer le rôle principal aux pneumocoques ; l'autre, incriminant plus particulièrement, au contraire, les poussières irritantes et toxiques. Il est probable que, bien souvent, de pareils problèmes se poseraient dans la discussion de l'origine des maladies dites

professionnelles. Il sera bien difficile, impossible même fréquemment, de faire le partage entre l'élément professionnel et les multiples causes surajoutées.

Nous pouvons, croyons-nous, par cet examen des symptômes cardinaux des principales intoxications et maladies professionnelles, nous rendre compte des difficultés que le juge aura à résoudre le lendemain du jour où l'on aura étendu purement et simplement aux maladies professionnelles la loi de 1898.

La première question qu'il lui faudra résoudre nécessairement sera celle de savoir si la manifestation morbide constatée chez l'ouvrier, a bien pour origine une maladie exclusivement professionnelle.

Le patron ne sera pas responsable si l'affection provient d'une cause manifestement étrangère aux conditions du travail. Or, comme nous pensons l'avoir montré, dans l'état actuel de la science, cette origine sera souvent difficile à déterminer d'une façon exacte. Il n'est pour ainsi dire pas de maladie professionnelle, écrit le Dr Fauquet, « qui s'observe exclusivement chez les ouvriers d'une profession déterminée et qui ne puisse s'observer, quoique plus rarement chez d'autres personnes exerçant d'autres professions ou n'en exerçant aucune. Par suite, dans chaque cas, le lien de cause à effet entre la maladie et l'occupation du malade pourrait être discutée. »

Il est donc souvent bien difficile d'imputer, d'une façon absolue, l'affection dont l'ouvrier est atteint à l'exercice exclusif de la profession. Et la chose est d'autant plus difficile qu'il faut aussi faire la part de l'hérédité pathologique, de l'alimentation défectueuse, de la surpopulation, de la malpropreté des habitations ouvrières et surtout de l'alcoolisme (comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer à propos du saturnisme).

En réalité, quelques accidents aigus peuvent seuls être rattachés à leur cause (et encore doit-on faire des réserves).

La question de savoir si la maladie est bien le résultat immédiat de l'exercice de la profession est donc, si l'on excepte quelques cas rares, fort difficile à résoudre. Dire que le diagnostic se fera par la connaissance de la profession exercée par l'ouvrier, c'est confesser notre ignorance, c'est avouer, dirons-nous avec MM. Ollive et Le Meignen, que nous pouvons établir parfois des probabilités, rarement affirmer une certitude.

CHAPITRE VIII

Deuxième question médicale : La maladie professionnelle dépend-elle de la dernière occupation du malade ? Etude du projet du Gouvernenent (Projet Dubief).

Troisième question : Quel laps de temps peut s'écouler entre la cessation d'un travail et l'apparition d'un symptôme morbide produit par ce travail ?

Quatrième question : Quelle est l'évolution possible d'une maladie professionnelle ?

Conclusions.

I

On voit donc les difficultés quasi-insurmontables que l'on rencontrera pour résoudre la question : *La manifestation morbide considérée, provient-elle d'une maladie professionnelle ?* Et cette question ne sera pas seule à élucider. Il faudra aussi résoudre la suivante : « *Cette maladie dépend-elle de la dernière occupation du malade ?* » Dans beaucoup de cas la chose ne laissera pas que d'être délicate.

En effet, quand l'ouvrier change de maison, en admettant qu'il reste dans la même spécialité, il peut tomber malade quelques jours, quelques mois même après son entrée dans la nouvelle usine.

C'est le cas du saturnin cité par Tanquerel, chez qui une paralysie saturnine n'apparut que plusieurs années après la cessation de tout travail dangereux.

Mais, sans prendre d'exemple aussi rare à trouver, il arrivera souvent que l'ouvrier tombe malade chez un second patron. Ce nouveau patron devra-t-il être regardé comme responsable ou aura-t-il, lui ou l'ouvrier, recours contre le ou les patrons antérieurs ?

La Commission d'hygiène industrielle avait proposé que : si le directeur d'une industrie où l'on travaille des produits plombifères engageait un ouvrier ayant déjà travaillé dans une industrie quelconque, il serait de ce fait responsable des accidents saturnins qui pourraient se déclarer chez ce nouvel ouvrier. Cette solution était trop discutable pour pouvoir être acceptée. On a admis que : si l'ouvrier récemment engagé par un patron, présente au bout de quelque temps les symptômes d'une intoxication en rapport avec l'industrie dans laquelle il travaillait auparavant, la responsabilité du patron antérieur se trouvera mise en cause, si toutefois le délai de prescription n'est pas écoulé. Le Comité consultatif a d'ailleurs tourné la difficulté par l'organisation des syndicats de garantie. Il substitue à la responsabilité personnelle, la responsabilité collective des groupes industriels similaires (J. P. Langlois).

Ces syndicats de garantie subdivisés en mutualités locales d'arrondissement, engloberaient pour toute la France, tous les patrons industriels du groupe.

« Le syndicat, lisons-nous dans l'exposé des motifs du projet de loi sur les maladies professionnelles, annexé au procès-verbal de la séance du 16 mai 1905, est appelé à faire directement face, par répartition annuelle des charges entre ses membres, à la réparation des maladies professionnelles graves, c'est-à-dire des maladies entraînant la

mort, l'incapacité permanente, et lorsqu'elle excède un laps de temps de trente jours, l'incapacité temporaire.

La réparation de cette première catégorie de maladies incombe également aux patrons, à condition qu'elles soient réellement professionnelles. La charge de la preuve a beaucoup moins d'inconvénients pour ces incapacités qui sont relativement très peu nombreuses et qui, à raison même de leur durée et de leur caractère de gravité, offrent aux médecins des diagnostics moins incertains.

« Au contraire, les maladies de courte durée n'occasionnant que des incapacités temporaires de trente jours au plus, qui sont de beaucoup les plus nombreuses, qui pourraient donner lieu à plus de difficultés de diagnostic et qu'il importe, à raison même de leur brièveté, de pouvoir réparer rapidement, seront toujours et toutes réparées, pour éviter que chacune d'elles ne soit la cause d'un procès portant sur son caractère professionnel ou non professionnel. Cette réparation globale des maladies de courte durée implique d'ailleurs que les patrons ne sauraient être tenus d'en faire seuls les frais.

Au moyen de statistiques à établir ou à poursuivre, on aura dans l'intégralité du risque des courtes maladies, un départ à faire entre les éléments d'ordre professionnel et les éléments d'ordre général, les patrons devant faire face seulement à la portion du risque correspondant à la part présumée de la maladie professionnelle, et les ouvriers devant supporter celle qui résulte de la maladie ordinaire. »

Deux idées principales sont à noter dans ce projet : d'une part sa limitation aux deux principales intoxications, l'intoxication saturnine et l'intoxication mercurielle ; et, d'autre part, la division qu'il opère entre les maladies professionnelles graves, ayant une durée supérieure à trente

jours et les maladies professionnelles de courte durée n'occasionnant que des incapacités temporaires de trente jours au plus. Le projet détermine, en effet, dans son article 1er, que les décrets rendus après avis de la Commission supérieure des maladies professionnelles dont la création est visée à l'article 36 du projet, ne devront désigner que les industries ou professions « donnant lieu, du fait de la fabrication, de la manutention ou de l'emploi, soit du plomb et de ses composés, à des affections aiguës ou chroniques fréquentes ». La loi est donc restreinte aux maladies professionnelles causées par le plomb et le mercure.

Le législateur n'a pas voulu accorder de réparation aux maladies professionnelles résultant d'autres intoxications parce qu'il a craint de s'exposer à des difficultés d'exécution de nature à compromettre la réalisation de son projet. Il a voulu instituer le plus tôt possible le régime même de réparation des maladies professionnelles : lorsque ce régime aura été introduit dans la législation et expérimenté, il sera plus facile, a-t-il pensé, d'y englober des intoxications nouvelles d'après les résultats de l'expérience acquise. Il a même encore restreint le champ d'application de la loi en spécifiant dans l'article 1er que, pour être assujetties à la loi, les professions ou industries devront donner lieu à des affections aiguës ou chroniques fréquentes. Le projet ne s'applique donc qu'aux industries ou professions présentant des risques certains d'intoxications plombiques ou mercurielles fréquentes.

L'article 2 spécifie que les ouvriers et employés intéressés ne pourront se prévaloir, à raison des maladies visées au projet, d'aucunes dispositions législatives autres que celles qu'il édicte. Il fait exception cependant pour les cas régis par la législation sur les accidents du travail, c'est-à-

dire pour certaines intoxications massives ou soudaines survenues dans les conditions dont nous avons parlé au début de notre travail. Nous avons vu que la jurisprudence traite comme accidents du travail et non comme maladies professionnelles ces intoxications. Le projet leur réserve l'application de la loi du 9 avril 1898.

L'article 2 dispose également que les ouvriers dont le salaire dépasse 2,400 fr. ne bénéficient des dispositions du projet que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 5 à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité.

Les ouvriers travaillant seuls d'ordinaire ne peuvent pas être assujettis à la loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades.

La situation des ouvriers étrangers est réglée par l'article 7 du projet. Il les met sur le même rang que les ouvriers français pour l'indemnisation des incapacités n'excédant pas trente jours. Pour les autres incapacités de travail, le projet leur applique les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sous réserve de conventions internationales intervenues en conformité de cette législation.

Les droits des ouvriers et employés, occupés dans les entreprises ou parties d'entreprises assujetties à la loi, est l'objet des articles 5, 6, 7 et 8. L'idée fondamentale qui préside à la répartition de ces indemnités, c'est la distinction faite entre les maladies graves et les maladies qui n'occasionnent qu'une incapacité de travail ne dépassant pas trente jours. Toutes les maladies seront réparées mais le projet comporte la participation des ouvriers aux frais de cette réparation totale en ne mettant à la charge exclusive du patron que la réparation des maladies graves, c'est-à-dire occasionnant une incapacité de travail de plus de 30 jours.

Donc, nous nous trouvons en présence de deux catégories de maladies professionnelles : les maladies graves dont la responsabilité et la charge incombent entièrement au patron pourvu que leur origine professionnelle soit nettement démontrée, et d'autre part, les maladies de courte durée n'occasionnant qu'une incapacité de travail de trente jours au plus. Pour ces dernières, la charge en incombe à la fois aux patrons et aux ouvriers.

Que de difficultés n'aura-t-on pas à résoudre pour appliquer ce projet. Les intoxications massives et soudaines, même mises à part comme elles le sont déjà maintenant dans la pratique, il est à craindre que la fixation de la quotité des indemnités ne soit souvent très malaisé. On nous dit bien que : « Au moyen de statistiques à établir ou à poursuivre, on aura dans l'intégralité du risque des courtes maladies un départ à faire entre les éléments d'ordre professionnel et les éléments d'ordre général ; les patrons devant faire face seulement à la portion du risque correspondant à la part présumée de la maladie professionnelle et les ouvriers devant supporter celle qui résulte de la maladie ordinaire. » Nous répéterons, ici, ce que nous disions plus haut avec MM. Ollive et Le Meignen : « Dans la discussion de la cause véritablement efficiente, il y a en germe toute une série de procès entre employeurs et employés. Et souvent les opinions provenant des sources les plus autorisées seront en complète contradiction les unes avec les autres, suivant les idées personnelles ou les théories scientifiques.... Il sera bien difficile, impossible même fréquemment, de faire le partage entre l'élément professionnel et les multiples causes surajoutées.

Une loi est certainement mauvaise qui permet la discussion presque chaque fois qu'il y a lieu d'en faire l'application ; mauvaise aussi, si la masse simpliste ne com-

prend que mal ce qui guidera le juge dans son appréciation.

Déjà nous trouvons de nombreuses difficultés à faire admettre aux ouvriers que toute hernie ne constitue pas la lésion accidentelle prévue par les lois existantes ; nous avons de la peine à leur faire admettre la fausseté de l'adage d'une application si courante : *Post hoc, ergo propter hoc.* Que serait-ce donc en présence d'une maladie n'ayant pas pour point de départ un fait précis ? Ce n'est pas une œuvre d'apaisement qu'une loi visant les maladies professionnelles, c'est un germe de discorde et de haine sociale. »

On a proposé comme solution à cette difficulté d'établir l'origine professionnelle de la maladie, de dresser la statistique des maladies professionnelles. Mais, dans l'état actuel des choses, ces statistiques sont bien difficiles à dresser. Se contentera-t-on de dresser la liste des affections auxquelles prédispose particulièrement chaque métier. Chaque fois qu'un ouvrier sera atteint par une de ces maladies, l'employeur devra la réparation du dommage causé sans qu'il y ait lieu de rechercher l'étiologie exacte. En réalité, nous ne pensons pas que ce système arrive à réaliser l'un des désiderata exprimés dans l'exposé des motifs, à savoir : éviter qu'il y ait un litige à propos de chaque maladie.

Il est à craindre que dans bien des cas, la naissance du litige ne soit que reculée. En effet, l'article 5, § 1er, nous apprend, comme nous l'avons vu plus haut, que l'indemnité est due pour toute incapacité de travail occasionnée par une maladie qu'elle qu'en soit la cause, à dater du jour fixé par la loi de 1898 (à partir du cinquième jour après l'accident et à partir du premier jour, si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours), jusqu'au trentième jour inclusivement.

L'indemnité cessera d'être dûe à cette date à moins

toutefois qu'il ne s'agisse d'une maladie d'origine professionnelle ; si le caractère de l'affection est reconnu, l'indemnité du demi-salaire continue à être servie jusqu'au jour de la guérison complète de l'ouvrier malade ou jusqu'à la constatation du caractère permanent de son incapacité. A partir de ce moment il aura droit à une rente. C'est à ce moment que surgiront les difficultés qui se traduiront par des retards à l'indemnisation des ouvriers.

Dans le cas où l'intéressé est définitivement atteint d'une incapacité permanente et dans le cas où la maladie est suivie de mort, l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 devient applicable aux victimes ou à leurs représentants.

Les rentes prévues par cet article sont calculées dans les conditions spécifiées par l'article de la même loi.

L'article 5 du projet gouvernemental contient une innovation. Le législateur a pensé que l'accouchement, particulièrement dans les industries insalubres et surtout dans les industries du plomb, ne pouvait rester en dehors du régime d'indemnités. Si l'incapacité résultant de l'accouchement ne dépasse pas trente jours, l'indemnité sera dûe à l'ouvrière durant cette période comme au cas de maladie proprement dite ; elle ne sera dûe, au contraire, après le trentième jour que si la malade établit l'influence de l'intoxication sur la prolongation ou les complications de son incapacité.

Pour les ouvriers qui « sans avoir été atteints encore d'incapacité permanente ont souffert à plusieurs reprises d'incapacité temporaire et pour lesquels le médecin aurait fait prévoir, s'ils continuent l'exercice de leur profession ou passent dans une industrie similaire, des rechutes susceptibles d'aboutir à l'incapacité permanente, l'article 8 du titre premier dispose que : « lorsque l'ouvrier aura été amené à abandonner sa profession, à raison du danger qui

résulte pour lui de sa prolongation, il aura le droit de réclamer devant le Comité local d'arbitrage, visé à l'article 32 du projet, une rente viagère égale à la moitié de la réduction de salaire que peut lui occasionner cet abandon. Réciproquement le patron pourra se dégager des charges correspondant à de telles menaces d'incapacités graves en provoquant l'éviction des ouvriers menacés et l'allocation de la rente viagère. Enfin le même article prévoit la déchéance du bénéfice de cette rente ainsi que de tout droit à une indemnité ultérieure du fait de maladies professionnelles pour les ouvriers qui viendraient à reprendre du travail dans leur ancienne profession ou dans une profession similaire.

Les organes administratifs de l'assurance contre les maladies professionnelles organisée par le projet gouvernemental sont, d'une part : les mutualités locales, et d'autre part, les syndicats centraux de garantie.

L'article 19 du projet autorise les comités directeurs des mutualités locales à organiser au moyen d'ententes avec les Sociétés de secours mutuels et sous réserve du consentement des ouvriers à la majoration de leurs cotisations : 1° la réparation des premiers jours de maladie pour lesquels le projet ne leur donne droit à aucune indemnité ; 2° la réparation des incapacités n'ayant pas une origine professionnelle constatée, en ce qui concerne la période consécutive au trentième jour.

Comme nous l'avons vu plus haut, tous les chefs d'entreprise ressortissant à un même groupe sont obligatoirement réunis dans un Syndicat central de garantie liant solidairement ses adhérents pour le paiement des indemnités mises à leur charge.

Ces Syndicats centraux de garantie s'étendent à toute la France et ont leur siège à Paris.

A leur tête se trouve un Conseil d'administration qui correspond au Comité directeur des mutualités locales.

Il est composé de sept membres patrons élus par tous les chefs d'entreprise faisant partie des Comités directeurs des mutualités locales ressortissant au Syndicat.

Enfin, l'art. 29 oblige les Syndicats centraux et les mutualités locales à produire certains documents destinés à l'établissement d'une statistique générale des maladies professionnelles.

Les charges résultant du paiement des indemnités sont donc supportées, les unes par les mutualités locales, c'est-à-dire à la fois par les patrons et les ouvriers ; les autres par les Syndicats centraux de garantie, c'est-à-dire par les patrons exclusivement.

La mutualité locale supporte la charge de toutes les indemnités journalières, de frais médicaux et pharmaceutiques et d'hospitalisation afférentes aux incapacités d'une durée de trente jours au plus, quelle qu'en soit l'origine, et éventuellement les frais funéraires.

Cette caisse de la mutualité locale est alimentée par les versements propres des patrons et les retenues opérées par ces derniers sur les salaires de leurs ouvriers. Un décret rendu, chaque année, après avis du comité directeur de la mutualité locale, du Conseil d'administration du Syndicat central de garantie et de la Commission supérieure des maladies professionnelles, déterminera le taux de la retenue à opérer sur les salaires des ouvriers.

Le titre IV du projet emprunte ses dispositions à la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne la déclaration des maladies professionnelles, la procédure d'enquête devant le juge de paix, la prescription annale de l'action en indemnité et la revision triennale des décisions ayant statué sur les incapacités de travail ; il renvoie également

aux dispositions de la même loi pour le règlement nécessairement judiciaire des incapacités comportant attribution de rentes et la possibilité de l'appel contre les décisions liquidant ces indemnités.

Les réclamations seraient portées devant des Comités locaux d'arbitrage créés auprès de chaque mutualité locale. Ces Comités seraient composés :

1° De deux membres patrons et de deux membres ouvriers du Comité directeur de la mutualité locale, élus par ce Comité ;

2° D'un président et d'un médecin désignés par ces quatre premiers membres en dehors du Comité directeur de la mutualité locale. A défaut d'entente, le président et le médecin sont désignés par le président du tribunal. Le président du Comité local d'arbitrage a voix prépondérante en cas de partage.

Ces Comités locaux d'arbitrage statueraient en dernier ressort sur les contestations relatives aux indemnités journalières pour incapacité ne dépassant pas trente jours, sur les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation et les frais funéraires.

Ils statueraient, à charge d'appel, sur les rentes à allouer en cas d'incapacité permanente ou de mort ; sur les contestations relatives à l'attribution des indemnités journalières et au réglement des frais médicaux et pharmaceutiques, pour les maladies d'origine professionnelle excédant trente jours.

Ces décisions seraient portées devant une juridiction d'appel constituée par un Comité central d'arbitrage siégeant à Paris. Ce Comité serait composé, indépendamment de deux conseillers d'État désignés par décret, des membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles les mieux qualifiés pour connaître les difficultés

techniques que pourrait soulever l'application du projet ou pour arbitrer les indemnités, savoir : deux membres du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, deux médecins, membres de la Commission d'hygiène industrielle ; un conseiller prud'homme patron et un conseiller prud'homme ouvrier désignés par le Conseil supérieur du travail, parmi ses membres, et un professeur de la Faculté de Droit.

Le pourvoi contre les décisions de ce Comité central d'arbitres est réservé devant la Cour de cassation qui aura à connaître en dernier ressort, en matière de maladies professionnelles, comme elle le fait en matière d'accidents du travail. Au cas où elle infirmerait une décision du Comité central d'arbitrage, la Commission des maladies professionnelles statuerait alors comme juridiction de renvoi, et, sur les points jugés par la Cour de cassation, devrait se conformer à ses décisions.

Toutes les contestations autres que celles déférées par le projet aux Comités locaux et au Comité central d'arbitrage resteraient soumises aux Tribunaux compétents qui devraient toutefois surseoir à statuer dans le cas de question préjudicielle à résoudre par les Comités d'arbitrage.

Dans son art. 39, en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure du régime qu'il organise, le projet rend obligatoire la déclaration des maladies professionnelles, même dans les entreprises non assujetties au début. Un décret établira une liste des maladies à déclarer, et l'obligation de cette déclaration, qui incombe au médecin traitant, est sanctionnée pénalement.

En revanche, le projet accorde aux médecins des émoluments dont le montant doit être fixé par décret également et qui seront imputables sur les frais de contrôle et de

surveillance prévus à l'article 20. Cette disposition, nouvelle en France, existe en Allemagne et en Angleterre.

Telle est, en résumé, l'économie générale du projet du Gouvernement.

Ce système réaliserait l'idée de l'assurance obligatoire avec participation personnelle de l'assuré au paiement des primes.

La réalisation sera très difficile, car la maladie professionnelle elle-même « n'ayant, comme le dit M. Maurice Bellom, de la maladie que le nom », se prête mal à l'expérience que l'on veut tenter. En effet, elle se rattache à l'accident par les responsabilités qu'elle entraîne et elle se réclame aussi de l'invalidité par la durée des secours qu'elle exige. Dans un système d'assurance obligatoire contre la maladie, à l'expiration de la durée maxima, le malade devient un invalide ; c'est donc l'assurance contre l'invalidité qu'il conviendrait d'instituer comme prolongement logique de l'assurance obligatoire.

Ce système est, de plus, d'une prudence qui confine à l'injustice, comme le fait remarquer M. Georges Guilhaud, puisqu'il limite son action aux seules intoxications du plomb et du mercure et semble vouloir constituer « un monopole exclusif de protection aux ouvriers atteints de saturnisme et d'hydrargyrisme. » Ces privilégiés seront-ils satisfaits de ce que l'on tente en leur faveur ? Il est permis cependant d'en douter pour les raisons que nous avons dites plus haut.

D'autre part, nous avons vu que le médecin appelé et même forcé de déclarer toute maladie ayant un caractère professionnel, contre rémunération il est vrai, devra, en somme, renoncer au bénéfice du secret professionnel. Dans combien de circonstances, en effet, ne sera-t-il pas obligé, pour permettre d'établir la statistique des maladies profes-

sionnelles, de déclarer des intoxications ou des infections n'ayant aucun caractère professionnel et pouvant cependant, à plus ou moins longue échéance, déterminer la production de lésions susceptibles d'être un jour confondues avec des lésions d'origine professionnelle.

S'il était possible de procéder ainsi que le demande le projet du Gouvernement, il est évident qu'une telle loi aurait un grand avantage sur toute autre loi basée, par exemple, sur l'assimilation pure et simple des maladies professionnelles aux accidents du travail. Celle-ci, en effet, aurait abouti à une injustice flagrante puisque l'employeur aurait dû la réparation du dommage causé sans qu'il y ait eu lieu de rechercher l'étiologie exacte. On se serait contenté de dresser une liste des affections auxquelles prédispose particulièrement chaque métier. Par exemple, dans le projet Breton, on trouve en face des professions exposées aux poussières, la tuberculose ; en face des professions saturnines, l'artério-sclérose.

Mais, disent MM. Ollive et Le Meignen : « mettre dans tous les cas la réparation à la charge du patron, c'est oublier que, d'après des statistiques autorisées, sur 1,000 décès, 381 seraient dûs à la tuberculose, dans les professions sans production de poussières ; c'est méconnaître la fréquence de l'artério-sclérose, si commune à partir d'un certain âge, qu'on a pu se demander si sa présence n'était pas une loi d'évolution normale. »

Aussi bien, ce système, par trop simpliste, a-t-il été écarté comme absolument impraticable et a-t-il été remplacé par le Comité consultatif des assurances. C'est celui que nous avons exposé dans ses grandes lignes et auquel nous avons déjà adressé les critiques générales que l'on vient de lire, critiques dont la plus forte est celle que l'on peut tirer, comme nous l'avons vu, de la violation du

secret professionnel. Même en admettant que l'on n'impose pas la déclaration, ce qui est cependant une condition capitale du fonctionnement de ce système, on aboutit à des difficultés au moins aussi considérables. Ne pouvant puiser les éléments de la statistique dans la déclaration du médecin, on est obligé de confier à l'ouvrier un livret sanitaire qu'il sera obligé de produire pour permettre d'établir les conditions dans lesquelles il se trouvait avant l'accident. Mais, ce livret industriel évoquera le souvenir de l'ancien livret ouvrier. Aussi bien a-t-il paru impossible d'en demander la création et a-t-on proposé d'organiser des registres sanitaires tenus à l'usine où devraient être mentionnées toutes les maladies de l'ouvrier, qu'elles soient spéciales à sa profession ou non. Dans le cas de contestation sur une demande d'indemnités pour maladies professionnelles, les deux parties pourraient recourir aux registres sanitaires des usines ou communes où l'ouvrier aurait travaillé.

Malheureusement ce registre, dont tout le monde reconnaît l'utilité, puisque presque tous les rapporteurs de la Commission d'hygiène individuelle ont terminé leurs rapports en en demandant la création, ce registre devra être tenu par le médecin de l'usine qui devra mentionner *toutes* les maladies de l'ouvrier (sinon son inutilité serait complète). Nous aboutissons donc encore à la violation du secret professionnel et à ce fait qu'il faudra alors, contrairement au principe de la loi de 1898, *imposer* un médecin aux ouvriers.

Et pourtant, disent MM. Ollive et Le Meignen, « nous devons reconnaître que deux systèmes seulement sont admissibles en pratique, si l'on veut viser les maladies professionnelles. Ou bien on admettra indistinctement toutes les maladies classées, sans se préoccuper de leur

origine vraie ; ou bien, au contraire, il appartiendra à l'ouvrier de faire la preuve de l'étiologie *exclusivement* professionnelle. C'est le système usité en Suisse. Les résultats sont faciles à juger (c'est ce que nous avons déjà eu l'occasion de signaler plus haut) : en 1902 et 1903, dans trois circonscriptions, sur 242,496 ouvriers, il y a eu 53 cas de maladies reconnues professionnelles. On nous permettra de croire que la loi est lettre morte, ou alors qu'elle était inutile : *de minimis non curat prætor*. On se trouve pris dans ce dilemme : faire une loi qui sera ou inapplicable ou forcément injuste. »

II

Nous avons encore laissé jusqu'ici de côté une difficulté, et non des moindres que présenterait la réparation des maladies professionnelles : la durée de responsabilité de l'employeur ou des employeurs successifs. C'est la troisième question d'ordre médical soulevée par l'application de cette loi : *Quel laps de temps peut-il s'écouler entre la cessation du travail et l'apparition d'un symptôme morbide produit par ce travail?* La Commission d'hygiène proposait de rendre responsable le patron antérieur. Dans le projet du Gouvernement ce n'est plus le patron isolé, mais le Syndicat de garantie qui se trouve responsable.

Mais, pendant combien de temps après la cessation du travail incriminé, l'ouvrier pourra-t-il exercer son recours? M. J.-P. Langlois pose ainsi le problème : « Parmi les maladies professionnelles donnant lieu à une indemnité, en est-il qui peuvent n'être reconnues qu'un an après que l'ouvrier a cessé son travail dangereux? L'article 18 fixant la prescription est-il applicable dans l'espèce ?

De tous les problèmes soulevés par le projet, il n'en est

pas qui présente plus de difficultés et, après de longues discussions, en s'appuyant sur les nombreuses observations cliniques personnelles ou recueillies dans les traités, les membres médecins de la Commission d'hygiène industrielle ont dû reconnaître que pour deux maladies professionnelles visées, et précisément les plus importantes : le saturnisme et l'hydrargyrisme, il était impossible de fixer un délai de prescription. Pour les autres on a cru possible d'admettre un délai de trois ans. »

C'est qu'en effet le nombre des affections graves à évolution lente est grand. Parfois longtemps après que l'intéressé aura quitté la profession dangereuse, éclatera la première manifestation du saturnisme. C'est le cas du malade de Tanquerel, dont nous avons déjà parlé à propos de la 2e question. C'est le cas d'un malade d'Ollive et Le Meignen qui vint consulter pour une néphrite dont une enquête minutieuse fit trouver le début dix ans plus tôt. C'est le cas de nombreux ouvriers chez lesquels l'imprégnation par un toxique n'aboutit que tardivement à la cachexie.

La longue durée du temps pendant lequel l'ouvrier pourra exercer son recours contre l'employeur doit donc être admise de toute nécessité pour les intoxications comme elle devra l'être aussi pour la tuberculose qui peut évoluer pendant longtemps avant que le médecin ne soit consulté. Il faut reconnaître que le projet du Gouvernement organisant des Syndicats de garantie, permettrait de résoudre cette question.

III

Enfin il faudra résoudre encore une autre question : *« Quelle est l'évolution possible d'une maladie professionnelle ?*

En d'autres termes, pendant combien de temps l'indemnité accordée par les premiers juges sera-t-elle revisable ? Il faut évidemment laisser au fait nouveau consistant dans une aggravation ou une atténuation des désordres ayant pour cause la maladie initiale, le temps de se produire.

En Suisse, la loi de 1877 ne prévoit pas cette revision pour les accidents. En Angleterre, en Autriche et en Allemagne,on admet que les rentes allouées (en cas d'accidents seulement) sont toujours revisables. En France, le délai est de trois ans.

Pour les maladies professionnelles, il est bien évident, d'après tout ce que nous avons dit, que le délai doit être beaucoup plus éloigné dans l'intérêt des deux parties. En effet, si l'incubation d'une affection chronique d'origine professionnelle peut être lente, d'autre part, elle peut, une fos constituée, s'aggraver par la négligence même de l'ouvrier qui ne suit pas le traitement approprié à son état, ou s'écarte des règles de l'hygiène prescrite.

Pour la résolution des problèmes posés par les troisième et quatrième questions, il est bien évident que la constitution des Syndicats de garantie serait une condition favorable pour l'application de la loi. Malheureusement les critiques que nous lui adressions plus haut n'en gardent pas moins toute leur force. On peut d'ailleurs encore adresser à la loi telle qu'elle a été conçue, un autre reproche que ne manquent pas de lui faire MM. Ollive et Le Meignen. S'appuyant sur l'autorité de M. Bertillon, ils font remarquer que cette loi, à peine applicable aux professions insalubres, sera *incomplète*. Protégera-t-elle les ouvriers employés dans les professions offrant les plus grands dangers ? « La loi vise les intoxications, disent MM. Ollive et Le Meignen, certaines surtout, autour desquelles on fait grand bruit. Mais il est permis de se

demander si les ravages causés par le plomb, par exemple, sont bien tels qu'on a voulu le dire. Et pourtant la morbidité des peintres et des imprimeurs n'est pas très élevée. A côté d'eux, au contraire, les serruriers, les maçons, les cochers et les charretiers ont une mortalité élevée ; pourtant ces professions ne sont pas, ne peuvent pas être visées par une loi sur les maladies professionnelles. »

En étudiant les statistiques des Caisses ouvrières publiées en Allemagne, on arrive à cette constatation que les maladies professionnelles qui font le plus de ravages dans la classe ouvrière ne sont rencontrées pour ainsi dire pas dans ces professions insalubres dont tout le monde parle. La morbidité professionnelle est surtout attribuable aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles de trop nombreux ateliers sont disposés. « Ne doivent-elles pas aussi être regardées comme professionnelles, ces affections des voies respiratoires causées par le refroidissement pendant le travail, ces néphrites *a frigore*, où le passage d'une chambre surchauffée dans une atmosphère refroidie a joué le principal rôle étiologique, ces fièvres typhoïdes où le bacille d'Eberth n'a pu prospérer que grâce à la moindre résistance de l'organisme épuisé par le surmenage ? Ne faut-il pas regarder encore comme professionnels en grande partie, les rhumatismes aigus ou chroniques, les varices, etc. ? L'aération insuffisante des ateliers, le fréquent contact avec des compagnons malades, l'encombrement jouent un rôle trop grand, quoique mal défini, trop peu précis pour pouvoir permettre d'en déterminer exactement l'importance. Les ravages immenses que fait la tuberculose dans la classe ouvrière sont sous la dépendance de causes fort diverses. Mais les mauvaises conditions dans lesquelles s'accomplit le travail constitue un facteur des plus importants dans l'étiologie de cette affection. Sa fréquence dans

presque toutes les professions en chambre est bien connue. On peut donc dire que cette maladie est pour une bonne part professionnelle. »

On arrive à la même conclusion que les auteurs que nous venons de citer : « C'est précisément l'ouvrier des professions soi-disant salubres qui a besoin d'être protégé le plus contre la maladie. » Tout le monde est d'accord d'ailleurs que, pour être juste, la loi devra embrasser presque toutes les professions.

Dans son rapport préparatoire au Comité consultatif des assurances contre les accidents, M. Paulet se demandait aussi s'il n'y aurait pas lieu, dans certaines professions réputées insalubres, de réserver toujours à l'ouvrier la réparation de toutes les maladies, quelle qu'en soit l'origine. Ce n'est pas encore suffisant, comme nous l'ont montré MM. Ollive et Le Meignen. Il faudrait embrasser toutes les professions. En effet, si on veut sérier les questions suivant le principe cher au législateur français, on arrive, comme nous croyons l'avoir suffisamment démontré, à une législation très compliquée, risquant de créer une situation privilégiée pour certaines catégories d'ouvriers et de laisser les autres dans une réelle infériorité. Cette législation contient aussi en elle-même le germe de nombreux procès par suite des obstacles qu'elle rencontrera et que nous avons essayé de mettre en relief :

Difficulté de diagnostiquer la maladie ;

Difficulté de remonter à son origine exacte ;

Difficulté de déterminer la responsabilité de l'employeur.

La maladie professionnelle fait partie d'un ensemble de risques dont les réparations sont inséparables les unes des autres.

La solution se trouve évidemment dans la généralisation de l'assurance-maladie. Patrons et ouvriers contribuant

pécuniairement par leurs cotisations au fonctionnement de cette assurance (qui d'ailleurs fonctionne déjà dans la marine), auraient tout intérêt les uns à veiller à la santé de leurs ouvriers, les autres à mieux observer les prescriptions sanitaires. Cette loi aurait évidemment une heureuse influence sur la diminution générale de la morbidité dans la classe ouvrière.

Pourquoi débuter dans l'assurance-maladie en n'accordant qu'à certaines maladies seulement, celles qui, à raison de leur nature, sont les plus difficiles à indemniser, la réparation qui leur est dûe ?

Une assurance-maladie généralisée simplifierait toutes les difficultés d'indemnisation et donnerait plus de satisfaction à la classe ouvrière en même temps qu'elle assurerait de plus grandes ressources aux Caisses de répartition.

Enfin il y aurait un grand intérêt à ce que le système de réparation adopté soit tel que les charges du patron diminuassent en raison directe des progrès hygiéniques réalisés dans ses ateliers.

Nos conclusions seront celles de MM. Ollive et Le Meignen :

1° L'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail est impossible ;

2° Toute loi visant exclusivement les maladies professionnelles est une loi mauvaise et inapplicable ;

3° Une loi véritablement sociale doit viser toutes les maladies chez tous les salariés.

Le Président de la Thèse,
THOINOT.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Balthazard. Art. Intoxication du *Précis de pathologie interne* de Balthazard, Cestan, H. Claude, Macaigne, Nicolas et Verger, t. I, Paris. G. Steinheil, 1907.

Béra. *Du milieu souterrain et de son influence dans la pathologie spéciale du mineur.* Th. Paris, 1899.

Bernard (H.). *Etude clinique de la colique de plomb.* Th. Paris. G. Steinheil. 1901.

Brissaud. Th. d'agrégation. Paris, 1885.

Brouardel *L'Arsenicisme.* Th. Paris, 1897.

Bourgeois (G.). *Exode rural et Tuberculose.* Th. Paris, 1904.

Capel. *La maladie professionnelle et la législation ouvrière comparée.* Th. Paris, 1902.

Claisse (P.). Article du *Traité de médecine* (Brouardel et Gilbert).

Costes. *Tuberculose et contagion dans la classe ouvrière.* Th. Paris, 1899.

Debray. *Le Charbon industriel.* Th. Paris, 1906.

Desbonis. *Etude sur les maladies professionnelles.* Paris, 1904.

Galliot. *Saturnisme et appendicite.* Th. Paris, 1899.

Istel (P.). *L'Assurance contre la maladie en Allemagne.* Th. Paris, 1905.

Laporte. *Appendicite et colique de plomb.* Th. Paris, 1899.

Le Carbonnier. *De la réparation des conséquences des maladies professionnelles.* Th. Paris, 1906.

Meillère. *Le Saturnisme.* Th. Paris 1903.

Oberthür. *Etude médicale sur les ouvriers des Houillères.* Th. Paris, 1897.

Oliver. In *Bulletin de l'Inspection du travail*, 1903.

Paté. *Recherches sur la phtisie des faïenciers*, 1892.

Revaut. Th. d'agrégation. Paris, 1875.

Triboulet. Article du *Traité de Médecine* (Brouardel et Gilbert).

Viannay. *Quelques causes peu fréquentes d'intoxication saturnine.* Th. Paris, 1902.

Annales d'hygiène et de Médecine légale. Année 1893.

Bulletin de l'Inspection du travail. Passim de 1902 à 1905.

Bulletin de l'Office du Travail. Passim de 1901 à 1906.

Bulletin du Comité permanent des accidents du travail (Congrès international des accidents du travail et des assurances sociales. Années 1902-1904.

Collection de documents sur les accidents du travail réunis par le Ministère du Commerce (direction de l'Assurance et de la Prévoyance sociales). Berger-Levrault.

a). Maladies professionnelles, N° 13. Rapport préparatoire au Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail.

b). Législation sur les accidents, annotée de décisions de jurisprudence, 1906, N° 14.

c). Répertoire bibliographique sur la législation relative aux accidents du travail, N° 15. A Daguin, juin 1904.

Congrès internationaux des accidents du travail. Paris, Berne, Bruxelles, Milan, Dusseldorf, Paris, Liège (Rapports Van der Borght : Milan 1894. — Bellom : Paris 1900. — Ollive et Le Meignen : Liège 1905.

Journal Officiel. Documents parlementaires. Années 1898 1901-1903-1904-1905.

La Revue du Mois. N° de mai 1906.

La Revue scientifique (Revue rose). 21 avril 1906, 10 novembre 1906.

Maladies professionnelles. Etude technique sur leur assimilation aux accidents du travail; un fascicule, 1903, publié par les soins de la Direction du travail.

Poisons industriels, 1 vol. Paris, 1901, publié par l'Office du travail.

Revue Socialiste. Années 1904 et 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS..... 9

CHAPITRE I. — Limitation du risque professionnel aux accidents du travail. Exclusion des maladies professionnelles de la loi de 1898. 15

CHAPITRE II. — Propositions d'assimilation faites après le vote de la loi du 9 avril 1898..... 21

CHAPITRE III. — Situation actuelle, en France, des ouvriers victimes de maladies d'origine professionnelle... 31

CHAPITRE IV. — Le système Suisse..... 36

CHAPITRE V. — Les maladies professionnelles en Allemagne. L'Assurance maladie..... 39

CHAPITRE VI. — Les maladies professionnelles en Belgique, en Italie et dans le Grand-Duché de Luxembourg. 48

CHAPITRE VII. — Etude spéciale des principales maladies professionnelles au point de vue de leur assimilation aux accidents du travail..... 54

Première question à résoudre : La maladie constatée est-elle bien le résultat de l'exercice de la profession de l'ouvrier..... 52

CHAPITRE VIII. — Deuxième question médicale : La maladie professionnelle dépend-elle de la dernière occupation du malade ? Etude du projet du Gouvernement (Projet Dubief).....

Troisième question : Quel laps de temps peut-il s'écouler entre la cessation d'un travail et l'apparition d'un symptôme morbide produit par ce travail.....

Quatrième question : Quelle est l'évolution possible d'une maladie professionnelle ?... 105

Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

SAINT-BRIEUC. — Typ. F. GUYON